





REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;

Journal de Clinique

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ,

ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

COLLABORATEURS.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

MM.
BERARD, chirurgien du bureau Central.
BOURDON, memb. adj. de l'Ac. roy. de Médecine.
CRUVEILHIER, professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.
LEGALLOIS, D. M. attaché à la Maison royale de Charenton.
RIBES, membre de l'Acad. royale de Médecine, médecin de l'Hôtel des Invalides.
VELPEAU, chirurgien du bureau Central.
VIREY, membre de l'Acad. royale de Médecine.

CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT.

COLOMBAT, docteur en médecine.
DELPECH, profess. à la Faculté de Montpellier.
DUGES, professeur à la Faculté de Montpellier.
GOUPIL, docteur en médecine.
GOURAUD, médecin à Tours.
HERVEZ DE CHEGOIN, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
LARREY, chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, membre de l'Institut.
LAURENT, docteur en médecine.
LISFRANC, chirurgien en chef de la Pitié.
PAILLARD, docteur en médecine.
MAUNOURY, docteur en médecine.
TAVERNIER, secrétaire-général de l'Athénée de Médecine.

PATHOLOGIE INTERNE.

ALLONNEAU, médecin de l'hôpital de Thouars.
AUDOUARD, médecin des hôpitaux militaires de Paris.
BRAUDE, Inspecteur des Établissemens d'Eaux minérales de Paris.
COLLINEAU, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
COUTANCEAU, médecin du Val-de-Grâce
DUBOIS d'Amiens, docteur en médecine.
DUPAU, agrégé à la Faculté de Montpellier.
FIZEAU, professeur à la Faculté de Paris.
GIBERT, agrégé à la Faculté de Paris.
GIRAUDY, secrétaire-perpétuel de la Société de Médecine Pratique de Paris.
GODELLE, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons.
GUIBERT, docteur en médecine.
ITARD, médecin de l'hospice des Sourds-Muets.
JACOB-BOUCHENEL, docteur en médecine.
KERGARADEC, agrégé à la Faculté de Paris.
LAENNEC, D. M. P., médecin des Dispensaires.
LATOUR, docteur en médecine.
VALLERAND, docteur en médecine.

THÉRAP. ET MATIÈRE MÉD.

MM.
ALIBERT, médecin en chef de l'hôpital St-Louis.
BARBIER, méd. en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.
BLAUD, méd. en chef de l'hôpital de Beaucaire.
BOUSQUET, secrétaire du conseil de l'Académie royale de Médecine.
DE LENS, membre de l'Académie royale de médecine.
DOUBLE, memb. de l'Acad. royale de Médecine.

CLINIQUE.

BAYLE, agrégé en exercice à la Faculté, médecin des Dispensaires.
CHOMEL, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris.
DE LAGARDE, médecin de l'hôpital de Nevers.
MARTINET, agrégé à la Faculté de Strasbourg.
MIQUEL, ancien chef de Clinique à l'hôpital de la Charité.
LAENNEC, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE.

BALLY, médecin de l'Hôtel-Dieu.
DESLANDES, docteur en médecine.
LENORMAND, docteur en médecine.
JOLLY, docteur en médecine.
PARENT-DUCHATELET, agrégé à la Faculté de Paris.
PARISET, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine.
PRUNELLE, ancien professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
REVEILLE-PARISE, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
RIBES, professeur à la Faculté de Montpellier.

LITTÉRATURE MÉDIC. ÉTRANGÈRE.

ARNAUD, docteur en médecine.
DESALLE, docteur en médecine.
DEVILLE, docteur en médecine.
FONTANEILLES, docteur en médecine.
MONOD, docteur en médecine.
RIESTER, docteur en médecine.

SCIENCES ACCESSOIRES.

ANDRIEUX, docteur en médecine.
BRIQUET, agrégé à la Faculté de Paris.
GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut.
JULIA-FONTENELLE, professeur de chimie médicale.
PEYRON, docteur en médecine.

PARIS, IMPRIMERIE DE COSSON,
rue Saint-Germain-des-Prés, n° 9.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

Journal de Clinique

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ,

ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS;

ET

Nouvelle Bibliothéque médicale;

PAR

MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET, RÉCAMIER.

1831.

TOME QUATRIÈME.

A PARIS,
LIBRAIRIE GABON.
A MONTPELLIER, MÊME LIBRAIRIE.
1831.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

Journal de Clinique

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ,

ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

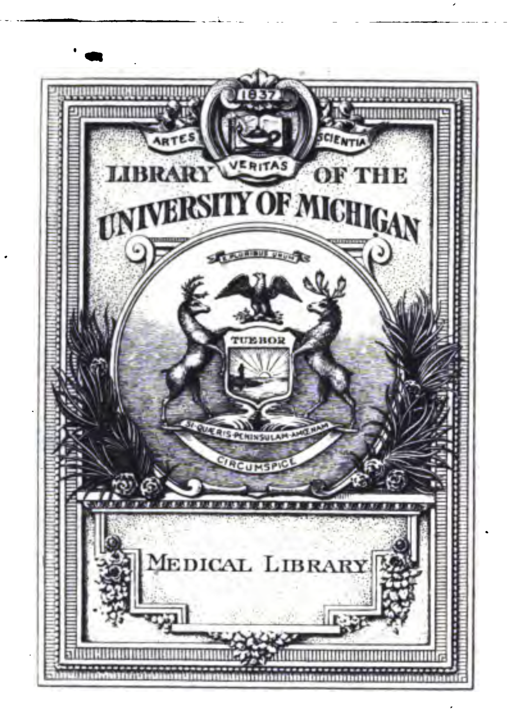
OBSERVATIONS

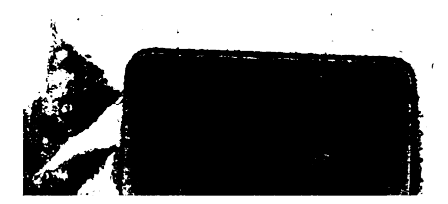
Sur l'emploi de l'escargot ingéré vivant, dans le traitement des affections du poumon et du larynx, recueillies et rédigées par J. A. Chrestien, D. M. *de Montpellier;*

Publiées, avec quelques réflexions, par A. Legrand, D. M. de Paris (1).

La médecine qu'on nomme *empirique* ne fut jamais moins en honneur qu'à cette époque où on a la pré-

(1) Quoique ces observations laissent beaucoup à désirer pour la description des maladies, et qu'elles contrastent, sous ce rapport, avec l'esprit et la direction de notre école, nous avons pensé qu'elles ne seraient pas déplacées dans un recueil spécialement voué à la mé-


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



retardé la marche de la maladie en procurant même un soulagement marqué.

Si les escargots, pris en bouillons, en sirops, n'étaient pas généralement recommandés contre les phlegmasies de poitrine, et qu'il me fallût établir leur réputation à cet égard, je ne manquerais pas de rapporter un nombre considérable d'observations qui démontreraient, jusqu'à la dernière évidence, la propriété adoucissante de ces mollusques; mais comme il n'y a pas de praticien qui ne la leur reconnaisse, je n'offrirai que peu de faits après avoir indiqué le mode d'administration.

Je fais prendre en débutant un escargot (1), dépouillé au moment même de l'ingestion, de sa coquille, le matin, à jeun, une heure ou une heure et demie avant le déjeuner; et un autre le soir, en faisant mettre le même intervalle entre l'ingestion du remède et le dernier repas. On augmente la dose d'un, chaque jour, à chaque prise, et l'on parvient à en avaler vingt-quatre, trente et beaucoup plus.

J'ai vu plusieurs malades en prendre quarante dans la journée; et deux, entre autres, en porter le nombre jusqu'à soixante-dix : je donnerai l'histoire de ces deux sujets.

M. Chrestien fait observer qu'on pourrait débuter par un plus grand nombre, mais il serait à craindre que les malades en éprouvassent une telle répugnance qu'ils se refuseraient à en prendre de nouveau. Du reste, je pense

---

(1) C'est l'helix pomotica dont il faut en général faire choix; mais je pense qu'au besoin on peut lui substituer d'autres espèces analogues. (*Note du docteur Legrand.*)

que, pour faciliter l'ingestion de ces dégoûtans mollusques, il n'y aurait aucun inconvénient à les rouler, au moment de les avaler, dans un mélange de trois parties de gomme et d'une partie de sucre candi, réduits en poudre impalpable.

Une fois parvenu à un nombre au dessus de vingt, on continue, pendant deux ou trois mois, plus ou moins, suivant les effets, l'usage des escargots à la quantité qui ne fatigue pas l'estomac. Il n'est pas d'une absolue nécessité d'augmenter journellement la dose, non plus que de les prendre en deux fois; on peut les avaler en trois ou quatre. Il semblerait que l'ingestion de ces mollusques devrait faire perdre l'appétit; j'ai observé, presque constamment, que le contraire a lieu.

Première observation. Un homme estimable, natif de Hambourg (je copie le Mémoire du médecin qui l'avait traité), âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution robuste, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de la puberté, n'ayant jamais fait d'excès de vin ni de femme, ayant fatigué ses organes respiratoires en se livrant à un exercice immodéré des jeux gasennastiques, s'étant souvent exposé à des refroidissemens, a, depuis trois ans, éprouvé quelquefois des catarrhes, qui, malgré leur ténacité, ont néanmoins cédé aux remèdes : ce n'a pas été contre cette affection seule que des remèdes ont été dirigés; M. *** en fit pendant long-temps un très-grand nombre d'externes, contre une dartre fixée à la joue gauche. Les vésicatoires et les astringens furent principalement mis en usage; tous ces médicamens aggravèrent le mal. L'année passée, après un nouveau refroidissement, M. *** fut pris d'un enrouement avec toux et excrétion abondante de mucosité. Le mal, ayant été

diminué par quelques remèdes, a reparu avec une plus grande véhémence l'hiver dernier, et le malade ayant reçu les soins de deux médecins qui lui firent prendre pendant long-temps une décoction de lichen d'Islande et de pieds de veau, dont il ne retira qu'un faible soulagement, vint me consulter l'automne dernier : alors il toussait beaucoup, et rejetait, presque continuellement, une excrétion abondante d'une humeur puriforme; sa voix était rauque, il éprouvait constamment une titillation à la trachée; son pouls était dur sans qu'il y eût d'autres signes de fièvre. Toutes les fonctions s'exécutaient bien. La respiration était libre. Point de douleurs à la poitrine ni dans aucune autre partie du corps. Décubitus facile sur chaque côté. La dartre de la joue était rouge comme s'il y eût inflammation. Il me parut que la cause de la maladie était en partie dans cette dartre, et en partie dans la trop grande irritation et secrétion de la membrane muqueuse. En conséquence, je prescrivis l'application d'un vésicatoire, d'abord sur la poitrine, et puis au cou, en recommandant de le faire suppurer; en même temps j'administrai le muriate d'ammoniaque, ensuite les gommes féculacées, puis, la gomme ammoniaque avec le soufre doré d'antimoine et l'extrait d'*enula campana*; enfin le baume de copahu avec l'acide muriatique éthéré. Le malade a usé long-temps, et avec fruit, de ce dernier remède. L'enrouement était diminué, la toux et l'expectoration puriforme présentaient de l'amendement; mais malheureusement le malade ayant éprouvé un nouveau refroidissement, le 20 du mois d'octobre, tous ses maux ont paru aggravés; la toux, plus forte, s'accompagne de fièvre; l'enrouement est plus considérable. Toutes les indications ayant été remplies, nous avons

eu, de nouveau, recours au baume de copahu qui, auparavant, avait été si utile : mais alors nous n'avons plus eu à nous en louer. Les forces diminuant, et le malade commençant à maigrir, je lui prescrivis le lichen d'Islande et le quinquina en décoction préparée avec l'eau de chaux, avec addition d'extrait aqueux de mirrhe : j'ai fait suivre un régime nourrissant et non échauffant ; par exemple, la viande, le lait, la décoction de farine de seigle, etc. Cependant tous ces remèdes ont été sans succès, et la maladie ne me parut être autre chose qu'une phthisie trachéale, peut-être pituiteuse, maladie qui, si elle est susceptible de guérison, le sera beaucoup plus facilement dans tout autre climat que celui-ci ; et, comme de plus on était à l'entrée de l'hiver, je conseillai le départ pour la France, et spécialement pour Montpellier, où il aurait plus de chances de salut.

Hambourg, 29 novembre 1822.

Signé, ZIMMERMAN,
Docteur en médecine et en chirurgie.

Le malade, arrivé à Montpellier vers la fin de décembre, me donna sa confiance. Les derniers symptômes décrits avaient été aggravés par les fatigues de la route, et il y avait de plus inappétence et dégoût des alimens. Je partageai absolument l'opinion de mon confrère sur l'existence de la phthisie trachéale ; mais je n'adoptai pas l'idée qu'il avait émise de l'influence de l'humeur dartreuse sur la production de la phthisie, puisque la dartre n'avait paru qu'après les premiers symptômes de celle-ci. Ce malade ayant pris quelques jours d'un repos qui n'apporta aucun changement favorable ni dans la fièvre, ni dans la toux, etc., je conseillai d'entretenir soigneu-

sement l'écoulement de la partie antérieure du cou, et l'emploi des escargots; le nombre en avait été porté à vingt par jour. Lorsque le malade, qui éprouvait une légère diminution de la toux et de la fièvre, eut aussi un peu moins de dégoût, l'augmentation journalière de la quantité des escargots ingérés procura une amélioration sensible; fièvre, toux, expectoration moindres, retour de l'appétit. Enfin, quand le nombre de ces mollusques eut été porté à soixante-dix et continué pendant une quinzaine de jours, l'appétit devint pressant avec une amélioration si notable dans l'état du malade, que je pus regarder la guérison comme assurée. Nul accident nouveau ne survenant, mon espoir ne fut pas déçu; et la santé fut entièrement rétablie après six mois de traitement. Je ne puis pas rapporter ce qui se passa jour par jour, n'ayant fait que des visites éloignées; mais ce que je puis dire, c'est que les digestions ne furent jamais dérangées, quoique l'individu prît, pendant près de cinq mois, les escargots au nombre de soixante-dix dans la journée. Il lui était resté un peu d'enrouement : ce qui l'affligeait beaucoup, vu le goût décidé qu'il avait pour le chant, et qui n'avait pas peu contribué à sa maladie par l'abus qu'il avait fait de sa voix : la dartre, sans avoir rien perdu de son étendue, avait perdu de sa vivacité. Ce que je ne crois pas devoir passer sous silence, c'est qu'à mesure que le bien augmentait, je faisais diminuer l'étendue du vésicatoire, et qu'il n'existait plus d'écoulement une vingtaine de jours avant que l'usage des escargots fût abandonné.

Ayant présenté un fait remarquable qui prouve l'efficacité des escargots, il ne m'est pas permis de taire leur insuffisance chez le même sujet. Celui-ci était resté dix-

huit mois à Montpellier, se livrant à des marches forcées, sans qu'il eût le moindre signe de son ancienne maladie, lorsqu'il éprouva une fièvre catarrhale gastrique, mais exempte de toux. A peine entrait-il en convalescence, qu'il passa plusieurs heures en plein air par un jour infiniment humide. Le catarrhe reparut, il affecta particulièrement la poitrine; et malgré l'emploi des escargots, et de plusieurs autres moyens, le sujet succomba à une phthisie pulmonaire.

Cette observation est à notre sens extrêmement probante en faveur des escargots; et leur insuffisance, contre le retour provoqué de la maladie, prouve combien ils avaient été efficaces pour dissiper les premiers symptômes, quelque graves qu'ils fussent. Ils ne purent cependant pas détruire une fâcheuse disposition à une affection pulmonaire; disposition constitutionnelle qui devait être combattue par des soins de tous les momens.

L'observation suivante prouve la rare bonne foi de mon honorable ami : il aurait pu s'attribuer l'invention de ce mode d'administration des escargots, mode certainement nouveau pour le plus grand nombre; et nous vivons à une époque où la gloire difficile d'avoir inventé quelque chose n'est pas peu recherchée; mais il n'a pas voulu s'approprier ce qui ne lui appartenait pas, il lui suffit de contribuer, autant qu'il est en son pouvoir, à la propagation d'un médicament que sa longue expérience lui a appris être bon.

Deuxième observation. Je donnais des soins à une dame atteinte d'une maladie qui présentait tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà avancée; j'administrais les remèdes usités, sans aucun avantage, lorsqu'elle me demanda s'il y aurait de l'inconvénient à ava-

ler des escargots crus, ajoutant que la personne qui lui avait proposé ce remède avait été guérie d'une affection de poitrine par ce mode d'administration, après avoir employé long-temps, et sans le moindre succès, des bouillons et du sirop préparé avec ces mollusques. N'ayant à craindre que l'insuffisance du moyen, je consentis volontiers à une expérience qui ne devait me laisser aucun regret, et qui pouvait m'être utile en m'offrant une ressource de plus. La malade se mit donc à l'usage des escargots pris de la manière que j'ai indiquée; elle en porta le nombre à vingt-quatre sans augmentation, quoiqu'elle en continuât l'emploi pendant plusieurs mois. Je ne fus pas peu agréablement surpris de voir son état s'améliorer, au point qu'à la fin de son traitement, elle jouit d'une excellente santé qui ne s'est point démentie depuis plus de quinze ans.

Troisième observation. Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, dans la famille duquel il n'y avait jamais eu de maladies chroniques de poitrine, vint de Marseille dans l'état que je vais présenter en copiant la lettre de M. le docteur Nieb, aux soins duquel il avait été confié; elle était adressée à M. le professeur Vigaroux; comme cet estimable professeur n'était pas à Montpellier, elle me fut remise, pour que je fusse instruit de ce qui avait précédé l'état actuel du malade que je devais soigner.

Marseille, le 24 avril 1724.

« La confiance dont vous m'avez investi, par rapport à M. votre neveu, m'oblige de vous faire connaître la situation de cet intéressant jeune homme.

» Atteint, depuis plusieurs mois, d'un catarrhe pul-

monaire chronique dont on le traitait à Lyon, sa profession l'a contraint de faire plusieurs voyages qui ont aggravé son état. Arrivé ici, il a été obligé de s'aliter, et une fièvre très-vive, accompagnée de toux violente, de légères douleurs à droite et à gauche de la poitrine, ne l'a pas quitté depuis dix-huit jours. Le faible amendement qui s'est opéré depuis deux ou trois fois vingt-quatre heures, persuade au malade qu'il marche à sa convalescence. Pour moi, je ne dois pas vous dissimuler qu'il s'achemine au contraire vers une phthisie d'autant plus redoutable qu'elle paraît vouloir spécialement établir son siége dans le larynx. Je suis d'avis qu'il ne doit pas différer de s'éloigner de notre pays dont l'atmosphère, comme vous le savez, est très-préjudiciable à ces sortes de cas. D'autre part, le mal n'est peut-être pas assez avancé pour renoncer à toute espérance, et surtout aux bons effets du climat natal.

» Jusqu'à présent je n'ai dû employer que des antiphlogistiques, des adoucissans, des dérivatifs et des révulsifs; comme néanmoins l'exacerbation nocturne est plus intense de deux nuits l'une, et que la toux prend alors un caractère convulsif, je me propose d'essayer ce soir une petite dose d'opium dans une émulsion rafraîchissante.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

Le malade, m'ayant fait appeler le lendemain de son arrivée, se plaignit d'une augmentation de fièvre qu'il attribua à la fatigue du voyage qui avait rendu les nuits plus mauvaises. La toux, plus fréquente et s'accompagnant d'une excrétion de matières muqueuses qui n'avait pas eu lieu à Marseille, rendait les douleurs dont

il a été parlé, un peu plus vives. Le sujet se plaignait de beaucoup d'ardeur à la gorge qu'on voyait très-phlogosée. Non-seulement il y avait inappétence, mais dégoût.

Je proposai de suite les escargots, et de suite l'ordonnance fut mise à exécution. Il n'y avait pas plus de huit jours que le sujet en usait, dans l'ordre que j'ai établi, que les symptômes inflammatoires avaient diminué et que le dégoût était moindre. Sept ou huit jours après, il y eut un amendement beaucoup plus sensible, et au dégoût succéda un peu d'appétit qui parut augmenter en proportion de l'augmentation du nombre d'escargots ingérés. Le sujet parvenu à soixante-dix jours, ce qui donne trente-cinq jours de traitement, éprouva un bien qui ne laisse nul doute de guérison, et eut un appétit si décidé qu'il trouvait toujours trop long l'intervalle qu'il devait mettre entre l'ingestion du remède et le repas ; il attendait avec la même impatience le moment d'avaler les escargots, prétendant que dès qu'ils les avait pris, il sentait sa poitrine raffraîchie. (Plusieurs autres malades, usant du même moyen, en ont éprouvé le même sentiment de fraîcheur.)

Dans la crainte que l'estomac ne fût fatigué d'une aussi grande quantité d'escargots, qui d'ailleurs n'étaient plus aussi nécessaires, je conseillai d'en réduire le nombre ; il fut diminué de deux chaque jour jusqu'à ce que le malade n'en prît plus que quinze matin et soir ; il les continua encore une vingtaine de jours.

Un mois après la cessation du traitement, dont la durée avait été de soixante-cinq jours, le sujet, bien portant, reprit ses voyages de commerce qu'il n'a pas sus-

pendus pendant deux ans, n'ayant pas ressenti la plus légère fatigue de poitrine.

Comment expliquer la supériorité d'action que l'escargot, avalé cru, a sur les bouillons et les sirops qu'on en prépare? Peut-être pourrait-on avancer des hypothèses vraisemblables. Pour faciliter la solution du problème à ceux qui voudront s'en occuper, je vais donner l'analyse que M. Chamayon a faite, à ma prière, des mollusques dont il s'agit.

Les limaçons de vigne m'ont paru contenir, dit ce chimiste :

1° Des membranes insipides et insolubles dans l'eau froide de même que dans l'eau bouillante;

2° Du soufre;

3° De l'albumine;

4° De la gélatine, l'une et l'autre en grande proportion, l'albumine surtout;

5° Divers sulfates, hydrochlorates et carbonates dont il n'a pas eu le temps de déterminer la nature.

Je crois devoir prévenir que je n'associe jamais l'usage du lait à celui des escargots, et que quelques malades, qui ont pris le premier en même temps que les limaçons, quoiqu'à des heures différentes, ne s'en sont pas bien trouvés.

Il arrive quelquefois qu'on rend par les selles les escargots tels qu'on les a avalés : dans ce cas j'en fais suspendre l'emploi, sauf à le reprendre si des circonstances plus favorables le permettent. Ce phénomène ayant lieu dès le début du traitement, il est probable que le malade ne le supportera pas, et il faut changer de remède; mais lorsqu'on ne l'observe au contraire que quand le sujet est parvenu à en avaler une grande quantité à la fois,

trente, quarante même par jour, on remédie souvent à l'accident si on en diminue le nombre.

Quatrième observation. — Une dame anglaise, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament mixte lymphatique-sanguin, d'un caractère ardent, grosse de cinq mois, portant une glande de la grosseur d'une petite noix à la partie latérale gauche du cou, éprouvait depuis long-temps des symptômes qui faisaient craindre une phthisie pulmonaire scrophuleuse, et avec d'autant plus de raison qu'elle avait perdu, de cette maladie, une sœur peu de semaines après sa première couche. Il y avait fièvre, toux fréquente, oppression, et expectoration abondante surtout le matin; parfois des exacerbations la nuit; une fois seulement il y avait eu crachement de sang, à l'occasion duquel une saignée du bras avait été pratiquée.

Appelé pour cette dame, qui depuis un temps infini prenait une décoction de lichen d'Islande sans en obtenir le moindre amendement puisque la toux devenait plus fatigante, la fièvre plus vive, et que l'embonpoint se perdait, je désirai, avant de la mettre à l'usage du muriate d'or, qui, d'après mon expérience, me paraissait convenir, de m'aider de celle de quelques confrères : MM. Roucher, L. Broussonet furent convoqués. Ils avaient l'un et l'autre administré avec avantage le muriate contre des maladies pareilles à celle pour laquelle ils étaient consultés; il fut décidé que je l'emploierais, mais après avoir, à cause de l'état de la grossesse, fait précéder une saignée : elle fut pratiquée au bras. Quatre jours étaient écoulés depuis la saignée lorsqu'il parut une glande à côté de celle qui existait et de même volume. Témoignant ma surprise de ce phénomène, j'appris que la première s'était manifestée peu de jours après l'émis-

sion du sang dont il a été parlé. La malade redoutant l'action du muriate, quoiqu'il fût donné dans le sirop de tussilage, n'en prit que deux cuillerées à café. La toux et la fièvre augmentant malgré l'emploi journalier du lichen, je proposai celui des escargots. Ma proposition fut acceptée avec plaisir, parce que la malade avait su que plusieurs personnes avaient eu à se louer de ce remède. Les escargots furent avalés, portés successivement à trente par jour, et pris constamment à cette quantité jusqu'à l'époque de la couche. La fièvre, la toux, l'expectoration étaient infiniment diminuées, mais je n'en craignais pas moins la recrudescence après l'accouchement : il fut heureux, la fièvre de lait ne présenta rien de particulier. Ce qui excite mon étonnement, c'est qu'au sixième jour de la couche, la perte de sang ayant été abondante pendant les quatre premiers, il parut une troisième glande à côté des deux autres : elle était un peu moins volumineuse. On ne remarquait sur aucune le plus léger signe d'inflammation. (Voilà une prédominance bien marquée du système lymphatique sur le système sanguin.) La dame ne nourrit point, une vingtaine de jours furent consacrés aux soins qu'exigeait l'état d'accouchée. Les symptômes d'affection de poitrine ne s'aggravèrent pas, et l'usage des escargots, de même que celui de la décoction de lichen, furent repris avec plus d'avantage qu'auparavant.

Le départ de cette dame m'empêcha de suivre le traitement ; mais j'ai su que, l'ayant continué encore longtemps, même en voyage, elle était retournée en Angleterre jouissant d'une très-bonne santé. J'ai appris cette agréable nouvelle par un personnage de distinction, qui, surpris de la guérison de cette dame, m'envoya chez son

frère pour le traiter d'une maladie de poitrine. J'aurais été curieux de savoir si les glandes dont j'ai fait mention étaient dissipées. La discrétion m'a empêché de faire cette question à une personne qui n'avait avec la malade que des liaisons de société.

Le lecteur aura sans doute vu avec quelque étonnement le docteur Chrestien songer à administrer un médicament aussi excitant que le muriate d'or dans un cas de phthisie, et sa pensée être approuvée par les docteurs Roucher et Broussonet. Que l'on cesse de voir dans toutes les phlegmasies une affection purement locale, l'on recherchera alors les causes qui les ont produites. La dame qui fait le sujet de l'observation précédente était menacée d'une phthisie qui dépendait, sans nulle espèce de doute, d'une diathèse scrophuleuse; eh bien! nous avons entre les mains un certain nombre d'observations rédigées par M. Porché qui a employé, avec le plus brillant succès, le sel aurifère dans des cas de phthisie tuberculeuse dépendante du vice scrophuleux.

Nous ne possédons de M. Chrestien que les quatre observations qui précèdent sur l'emploi des escargots ingérés vivans; nous aurions voulu qu'il nous en envoyât un plus grand nombre : mais son grand âge, ses très-nombreuses occupations, ne lui permettent pas de faire tout ce qu'il voudrait. Elle nous paraissent cependant suffisantes pour les praticiens qui veulent se laisser convaincre, et d'ailleurs il n'y aura jamais aucun danger à tenter quelques essais avec ce moyen. Nous ne craignons pas qu'on nous objecte que les diverses affections de poitrine, qui font l'objet des observations précédentes, n'ont point été constatées par les nouveaux moyens que possède la médecine. Personne ne fera, j'espère, l'injure à un

homme qui exerce la médecine avec une grande distinction depuis cinquante ans, de ne pas savoir diagnostiquer une affection de poitrine.

M. Chrestien a aussi administré les escargots ingérés vivans avec le plus grand succès contre les ardeurs de poitrine, de la gorge, dans le début des catarrhes pulmonaires, et même contre les catarrhes très-avancés, c'est-à-dire contre toutes les affections qui précèdent en général les phthisies trachéale et pulmonaire et la pulmonie. L'observation suivante de M. Porché, qui était jointe aux quatre qui précèdent, vient constater l'efficacité des escargots contre le catarrhe pulmonaire tournant à la pulmonie.

Cinquième observation. Marie Couded, couturière, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, très-sujette à des hémorrhagies utérines, éprouva, le 19 décembre 1826, une suppression de sueur à la suite de laquelle se déclarèrent divers symptômes de catarrhe pulmonaire, tels qu'une toux fatigante, de l'enrouement, des douleurs dans divers points du thorax, particulièrement entre les épaules, une respiration râleuse au dessous des clavicules, etc., accompagnée de la perte de l'appétit et de quelques légers mouvemens fébriles. Les moyens propres à détruire l'irritation pulmonaire et à rétablir les fonctions de l'organe cutané (émulsions calmantes, boissons mucilagineuses et diaphorétiques, chaleur du lit) furent mis en usage pendant sept ou huit jours. Au bout de ce temps tout annonçait une guérison prochaine, lorsque la malade, s'étant levée la nuit sans se couvrir suffisamment, ressentit des frissons et bientôt après une chaleur assez intense, beaucoup de soif, de l'agitation, une toux fréquente, de l'oppression et quelques symptômes

d'angine. Malgré l'emploi des mucilagineux et des dérivatifs du genre des antiphlogistiques, le catarrhe pulmonaire prit de l'intensité; la toux devint plus pénible; l'expectoration, purement muqueuse, était de plus en plus abondante; la respiration était parfois suspendue vers le sommet du poumon droit, surtout avant l'évacuation des crachats. Chaque jour, à deux heures après midi, il survenait une exacerbation qui se prolongeait jusqu'au milieu de la nuit, et se terminait par des sueurs générales; enfin la malade devenait très-maigre.

Ce fut dans cet état et au vingt-huitième jour de la maladie que je lui prescrivis l'usage des escargots. Elle débuta par en avaler huit; quatre jours après le nombre fut porté à douze, et, six jours s'étant écoulés, il fut élevé à soixante (trente le matin et autant le soir) : cette dernière dose fut employée pendant quinze jours; et la guérison complète d'un catarrhe pulmonaire qui était si près d'amener la phthisie, fut opérée dans l'espace de vingt-cinq jours, après l'ingestion de mille quatre escargots.

Sixième observation; par M. SIMON. Une dame, douée d'un tempérament nerveux très-irritable, éprouvait au plus haut degré tous les symptômes des névroses de l'estomac et des affections de poitrine. Depuis plusieurs années, elle ne pouvait faire usage d'autres alimens que de lait et de fécule; et les traitemens les plus variés, dirigés par des médecins de Metz et de Paris, villes que cette dame habitait alternativement, n'avaient en rien amélioré son état qui s'aggravait chaque jour. Alors elle eut recours aux colimaçons, qu'elle avalait crus et en plus ou moins grand nombre. Elle en éprouva un tel amendement que non-seulement elle parvint à vaincre la ré-

pugnance que ces mollusques lui inspiraient, mais que bientôt elle les préféra à tout autre médicament, au lait d'ânesse même, qui jusqu'à ce moment avait été pour elle le seul moyen de soulagement. Parmi les bons effets qu'elle leur attribuait, elle plaçait au premier rang le sentiment de fraîcheur, de calme et de bien-être qui suivait immédiatement l'ingestion des colimaçons. Elle continua ce traitement pendant près d'une année, et depuis trois années elle jouit d'une santé parfaite.

Ce fait, dont M. Simon fut témoin, l'a engagé à employer ce nouveau moyen thérapeutique, qui lui semble être un excellent calmant des symptômes nerveux et inflammatoires. Il lui a paru parfaitement convenir dans tous les cas que signale M. Chrestien, et dans les gastrites sans signes de saburres, qui s'accompagnent de douleurs vives de l'épigastre, soif, sécheresse et rougeur de la langue; ce qui s'accorde avec l'observation de M. Chrestien, que l'usage des escargots ne produit pas l'inappétence; ils calment en effet l'inflammation gastro-intestinale qui accompagne presque toujours celle des organes thoraciques Enfin, M. Simon signala les avantages des colimaçons crus dans le traitement de l'angine; ils lui ont paru fournir un excellent moyen de diminuer promptement la douleur de la déglutition. Dans les cas de ce genre, comme dans tous ceux où le malade se refuse à avaler le colimaçon lui-même, M. Simon propose d'administrer cet animal dissous dans l'eau froide. La partie antérieure seule peut se dissoudre ainsi. M. Simon pense, du reste, que toute la partie postérieure, qui renferme les intestins, n'est d'aucune utilité.

On débarrasse le mollusque de sa coquille; on sépare la tête et l'espèce de manteau qui l'entoure de la partie

postérieure qui comprend les intestins, que M. Simon veut qu'on rejette comme inutile; on enlève avec soin les parties graisseuses qui pourraient troubler la transparence de la préparation, et l'on agite les parties dont on fait choix dans le moins d'eau possible. Deux ou trois têtes, plus ou moins, suffisent pour donner à un verre d'eau la consistance du glaire d'œuf. Cette préparation est sans couleur, sans odeur et absolument sans saveur, et M. Simon considère comme presque impossible de masquer son insipidité; en outre, on a à craindre, par la présence des corps étrangers ajoutés à ce liquide, de le décomposer; la dose est facultative, et varie d'une à deux bouteilles par jour.

Cette façon d'administrer les colimaçons n'est pas celle de M. Chrestien; l'expérience peut seule apprendre si, suivie d'aussi bons effets, elle doit être préférée comme étant d'une administration plus facile. Quoi qu'il en soit, nous ne voyons aucun inconvénient à essayer en débutant du mode d'administration de M. Simon, sauf, au bout de peu de jours, si on n'en obtient pas de bons effets, à lui substituer l'ingestion des colimaçons vivans. Nous terminerons par la seconde observation de M. Simon, où il a administré les colimaçons selon le mode que nous avons indiqué d'après lui.

Septième observation. Une jeune dame de vingt-cinq ans, d'un tempérament éminemment nerveux, avait l'œsophage, l'estomac et le poumon dans un tel état d'irritabilité que la plus légère quantité d'alimens causait constamment un sentiment de chaleur vive et de cuisson vers l'épigastre et déterminait des douleurs pleurétiques dans la poitrine. Le lait était la seule boisson qui pût calmer ces symptômes, mais il avait l'inconvé-

nient d'augmenter l'écoulement leucorrhéique, auquel la malade était sujette, et par suite l'affaisement de la malade. L'usage du colimaçon dissous dans l'eau apporta un prompt soulagement, sans causer les mêmes inconvéniens, et à la longue amena la guérison.

Analyse des limaçons. 100 parties de limaçons de vigne, préalablement lavés à l'eau de fontaine et séparés de leur coquille, ont été broyés dans un mortier de marbre; il en est résulté une espèce de bouillie que j'ai étendue d'eau distillée et que j'ai filtrée à travers un tamis très-serré. Ce filtre a retenu une substance membraneuse; la liqueur filtrée avait une couleur blanchâtre; la partie membraneuse offrait, après qu'elle a été égouttée, un poids de 60 parties.

100 parties du liquide qui avait été séparé de la partie membraneuse, soumises à l'action de la chaleur de l'eau bouillante, ont fourni un coagulum peu abondant. La partie liquide présentait à très-peu de chose près la couleur qu'elle avait précédemment.

Le coagulum, exprimé fortement et desséché, a donné un poids de 6 parties. Il offrait une odeur nauséabonde, et a donné lieu par l'action de la chaleur à la formation de carbonate d'ammoniaque.

Le liquide qui avait fourni ce coagulum, évaporé à une douce chaleur, a fourni un extrait gélatineux; la saveur était celle propre aux limaçons.

Traité par la potasse caustique, puis par l'acide acétique, il a donné une odeur sensible de gaz hydrogène sulfuré.

L'eau de chaux, le nitrate de baryte, le muriate de chaux, versés dans ce liquide, n'y ont formé presque aucun précipité: le nitrate d'argent y a formé un précipité blanc, insoluble dans l'acide nitrique.

Cet extrait, soumis à l'action du feu, a fourni une cendre qui s'est dissoute en grande partie dans l'acide acétique, en donnant lieu à une effervescence très-prononcée. Cette dissolution, évaporée à siccité et traitée par l'alcool, a fourni de l'acétate de potasse. La partie insoluble dans l'alcool, dissoute dans l'eau, s'est trouvée composée de muriate de potasse, de sulfate de la même base. Ainsi les limaçons, lavés et séparés de leurs coquilles, paraissent contenir :

Membranes insolubles,
Albumine,
Gélatine,
Sel à base de potasse et qui a été décomposé en carbonate par l'action du feu,
Muriate de potasse,
Sulfate de potasse,
Soufre.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET MÉDICALES

Sur la teigne faveuse ;

Par M. A. Baudelocque, médecin de l'Hôpital des Enfans, agrégé en exercice près la Faculté de Médecine de Paris.

A M. le baron Alibert, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

Monsieur et très-honoré maître,

« Il faut en convenir, écriviez-vous en 1821 : l'anato-

mie pathologique a peu découvert relativement au mode précis d'altération que doivent subir les divers tissus de la peau dans les différentes espèces de teignes, et il est à désirer qu'on se livre à des recherches plus étendues et plus soigneusement exécutées. » (*Dictionnaire des sciences médicales.*)

La difficulté de pareilles recherches n'est pas douteuse. Et déjà Murray en avait reconnu et signalé la cause : *Non una igitur in eodem pars est, quæ vitiari in tineâ possit. Qualis verò speciatim corripiatur, dici ne tum quidem fortassis ob subtilitatem partium poterit, quum cultri ope in tineâ peculiarem sedem post mortem inquiritur; quod hactenus neque à summo* Morgagni, *nec ab illust.* Lieutaud *factum est.* Cette délicatesse, cette ténuité, cette *subtilité* des parties constituantes de la peau explique le peu de succès obtenu jusqu'à ce jour.

Placé dans les circonstances les plus favorables pour étudier toutes les espèces de teignes, j'ai fait des observations, des remarques qui me paraissent jeter du jour sur la teigne dite faveuse, sur le mécanisme de sa formation, sur sa marche, sa durée, sa résistance prolongée et quelquefois opiniâtre aux médications qu'on lui oppose. Avant de la faire connaître, permettez-moi de rappeler succinctement les différentes opinions que l'on trouve dans les auteurs relativement au mode de développement, au siége de la teigne faveuse, aux altérations que subit la peau.

L'opinion la plus ancienne, et en même temps la plus répandue, est celle qui admet au début de la maladie des pustules ou des vésicules dont la rupture serait suivie de l'ulcération du corps réticulaire selon les uns, de la simple dénudation de cette partie suivant les autres. Ce liquide

sécrété par la peau ainsi dénudée ou ulcérée, donne naissance, en se desséchant, aux croûtes faveuses dont la forme, la régularité ne peuvent en aucune manière être expliquées. Un des auteurs qui ont écrit le plus récemment sur les maladies de la peau, M. le docteur Rayer, avance que la teigne faveuse débute par des pustules dont la déchirure met à nu le corps réticulaire qui ne présente pas d'ulcération. J'ai vu souvent les pustules dont parle M. Rayer; mais dans aucun cas je n'ai observé de *favus* consécutivement à leur rupture. Je crois que les pustules appartiennent à une maladie autre que la teigne faveuse : quelquefois elles la compliquent, et on en trouve un plus ou moins grand nombre dans le voisinage des croûtes; mais, je le répète, je ne les ai jamais vues se convertir en *favus*.

Une autre opinion est celle de Duncan et d'Underwood, qui placent le siége de la teigne dans les racines des cheveux : *the roots of hair*. Murray a combattu cette opinion par des objections d'une grande force; voici comment il s'exprime : *Pro simplici vitio bulbilli capillorum non possum illam cum clarissimo* Duncan *agnoscere. Nam licet et ipse illos in tineâ laborantibus quum crines evellerem, solito turgidiores liquido dicto repererim; manserat tamen et locis, maxime cæteroquim tinea infestatis pristina bulbillorum quoad figuram et colorem integritas, nec aliquid in hisce arrosum vel destructum vidi. Si evulsio capillorum, qualicumque arte, per volsellam vel picem reliquè perficiatur, fidem expleret, haud exiguum dictæ hypothesi fulcrum subderetur : sed non tollit malum absque metu reversionis, etiamsi immane hocce tentamen pluriès repetatur.*

J'ai vu, comme Murray, que les bulbes des poils ne sont pas toujours malades dans la teigne faveuse; que la

maladie peut reparaître, reparaît souvent quoique les cheveux aient été arrachés : j'ajouterai que j'ai eu fréquemment occasion de voir ces bulbes malades sans qu'il se formât de favus. Il existe cependant une connexion intime entre les tubercules faveux et la racine des poils. Mais après avoir partagé pendant quelque temps la manière de voir de Duncan et d'Underwood, je suis arrivé à penser aujourd'hui que la lésion des bulbes des poils n'est point primitive, et que ces auteurs ont pris l'effet pour la cause. J'ai beaucoup de raisons de croire que cette lésion des bulbes, lorsqu'elle est primitive, essentielle, constitue la *mentagre*, maladie que l'on sait être très-différente de la teigne.

Sauvage a émis une opinion qui diffère beaucoup des deux précédentes. « On ne connaît pas bien, dit-il, le caractère de chaque espèce de teigne. Son siége est dans les glandes sébacées de la peau, où se sépare une matière onctueuse propre à l'adoucir. » Cette opinion de Sauvage fut adoptée par Murray qui dit : *Potiorem sedem mali in folliculis dictis pinguedinosis, vel ipso textu cellusoso, quærendam arbitror*. M. Mahon s'exprime d'une manière bien plus positive ; il ne conserve aucun doute sur le siége de la teigne faveuse : c'est une maladie des follicules sébacés.

Je ne puis me rallier entièrement à cette opinion, et voici en quoi ma manière de voir en diffère. Il existe, comme vous le savez, dans l'épaisseur de la peau une multitude de petites cavités de forme oblongue, dont le fond, très-évasé, diminue graduellement d'étendue, pour se terminer par une portion rétrécie que l'on a comparée au goulot d'une bouteille, au sommet duquel se trouve l'orifice. Ces cavités sont fort bien décrites et représen-

tées dans les notes et les planches qui ornent la nouvelle édition de l'Anatomie générale de Bichat dont mon ami le docteur Blandin vient d'enrichir la science. On les nomme follicules cutanés. Ils sont de deux sortes : 1° les uns s'ouvrent librement à l'extérieur ; l'épiderme s'enfonce dans leur cavité qu'il tapisse dans une étendue plus ou moins grande. Ils sont très-apparens sur la peau qui recouvre le nez, et la disposition de l'épiderme dont je viens de parler, a été manifestement reconnue à la dissection des tumeurs volumineuses. Leur cavité est libre, et paraît exclusivement destinée à la sécrétion de la matière sébacée. 2° Les autres renferment le poil et la membrane. Le bulbe fait une saillie plus ou moins apparente dans leur cavité. La membrane du poil est libre partout, excepté à son origine et à sa terminaison. L'ouverture de ces follicules est traversée par le poil ; l'épiderme s'enfonce d'abord dans cette ouverture, dont il abandonne bientôt les parois pour se replier au dessus de la membrane du bulbe, et se porter sur le poil, auquel il fournit l'enveloppe extérieure. La partie libre de la cavité des follicules sécrète une matière que l'on croit nécessaire à la conservation du poil.

Les premiers sont appelés follicules sébacés, les seconds follicules ou canaux pilifères. Je pense que la teigne faveuse a exclusivement son siége dans ces derniers, dans les follicules pilifères. Cette opinion m'a été suggérée, et me paraît confirmée par la fréquence plus grande du *favus* dans les endroits où il y a plus de poils ; par la non-existence de follicules sébacés dans le cuir chevelu, au dire d'anatomistes célèbres, Bichat et Meckel entr'autres ; par la présence presque constante d'un ou plusieurs poils dans les croûtes faveuses ; et, ainsi que je les ferai connaître

plus loin, par les conditions nécessaires pour que les croûtes acquièrent la forme constante qui les caractérise.

M. Mahon, après avoir avancé que la teigne faveuse a son siége dans les follicules sébacés, a voulu décrire les changemens qui s'opèrent dans le tissu de la peau ; et voici, en résumé, comment il les comprend. Un follicule enflammé fournit un liquide qui se concrète, remplit, distend la cavité où il s'est formé, finit par en amener la rupture et la destruction. La dépression centrale du *favus* n'est autre chose que l'orifice du follicule devenu apparent. La récidive de la maladie a lieu par le développement d'un nouveau *favus* dans un des follicules voisins qui, comprimé par la dilatation du premier, n'a pu se remplir, se distendre, se rompre, se détruire qu'après la disparition de celui-ci. Le principe faveux a pour mission de détruire le bulbe des poils ; aussitôt cette destruction opérée, sa mission est remplie ; il n'a plus d'effet à produire ; il s'évanouit.

Les observations que j'ai faites diffèrent essentiellement sous plusieurs rapports de celles de M. Mahon. Pour les exposer avec clarté, il est nécessaire que j'arrête un instant votre attention sur la forme et la disposition des croûtes faveuses, sur l'état de la peau et les phénomènes dont elle devient le siége immédiatement après la chute de ces croûtes, opérée avec précaution, et quand elles ont été préalablement ramollies, soit à l'aide d'un corps gras, soit avec le secours de l'humidité.

Ainsi que vous l'avez bien fait remarquer, les tubercules faveux sont tantôt isolés, solitaires, tantôt réunis au nombre de quatre, cinq, six ou davantage, dans un espace peu étendu. Qu'ils soient seuls ou multiples, discrets ou confluens, ces tubercules présentent toujours pour

caractère spécial une dépression centrale en forme de godet; et si, après un temps plus ou moins long, le liquide faveux, sécrété en plus grande abondance, vient recouvrir le tubercule primitif, altérer sa forme, il suffit d'enlever la matière desséchée secondairement pour retrouver le caractère distinctif de la teigne faveuse, c'est-à-dire, la dépression centrale du tubercule. Cela est surtout facile à vérifier quand il y a agglomérations de *favus*. Après avoir enlevé tout ce qui dépasse le niveau de la peau, on aperçoit chaque *favus* déprimé à son centre, isolé, séparé des autres par un intervalle plus ou moins grand, où la peau paraît tout-à-fait saine.

Les tubereules faveux sont profondément enchâssés dans la peau, à laquelle ils n'adhèrent cependant que par leur circonférence. Il semble que l'épiderme se prolonge au dessus d'eux : c'est une remarque qui a été faite plusieurs fois par M. Gaucheraud, élève interne fort distingué, attaché au service des salles qui me sont confiées à l'hôpital des Enfans. Cette apparence est réelle; les tubercules faveux sont placés primitivement au dessous de l'épiderme, et ce n'est qu'à une époque plus ou moins éloignée de leur apparition qu'ils en dépassent le niveau par un mécanisme que j'exposerai bientôt.

Lorsqu'on détache avec soin, et de manière à éviter l'écoulement du sang, un tubercule faveux récemment formé, et partant peu volumineux, on voit qu'il représente un mamelon arrondi, égal tantôt à la moitié, aux deux tiers et plus d'une sphère, surmonté d'une portion rétrécie, comme étranglée, qui s'élargit en se terminant à la surface de la peau. Sur un autre point de la circonférence du mamelon, il y a quelquefois un petit prolongement mince, conique, en forme de cheville, que l'on

pourrait croire destiné à s'opposer à la mobilité du mamelon. Le tout est recouvert d'une légère humidité. On aperçoit dans l'épaisseur de la peau une cavité lisse, proportionnée au volume du tubercule qui la remplissait exactement, laissant suinter un liquide séreux, jaunâtre, transparent. Cette cavité, qui a été comparée à une alvéole de ruche à miel, ne tarde pas à disparaître.

Si le tubercule que l'on détache est ancien, sa forme mamelonnée n'existe plus. On obtient une croûte circulaire dont l'épaisseur est à peu près égale partout, au milieu comme vers les bords. La dépression centrale de la surface extérieure correspond à une légère convexité de la surface intérieure. La peau présente une excavation arrondie, beaucoup plus large que dans le premier cas, et relativement moins profonde, à surface très-lisse, laissant suinter une sérosité jaunâtre et transparente. La peau, qui paraît amincie, et qui l'est réellement, reprend bientôt son épaisseur normale, l'épiderme se renouvelle, et il n'y a aucune apparence de cicatrice. La maladie n'est cependant pas guérie. Un nouveau tubercule se reproduit bientôt à la place de celui qu'on a enlevé.

Une croûte faveuse, volumineuse, formée par l'agglomération de plusieurs tubercules réunis, conserve quelquefois à l'extérieur une large dépression inégale qui pourrait faire croire qu'il n'existe qu'un seul tubercule : d'autres fois elle n'affecte aucune forme régulière. Si on détache une pareille croûte, on voit que sa surface extérieure, celle qui était en contact avec la peau, présente plusieurs portions plus ou moins mamelonnées ou aplaties, séparées les unes des autres par des dépressions linéaires, des enfoncemens qui marquent les limites de chaque tubercule. Il y a sur la peau une large excavation

dont le contour n'a rien de régulier, dont la profondeur est variable, inégale. Cette large excavation est formée par plusieurs petites excavations que séparent les unes des autres des lignes saillantes, des inégalités correspondantes aux dépressions, aux enfoncemens signalés sur la croûte. Chaque petite excavation est très-lisse. La couleur générale est vermeille, quelquefois violacée. On voit, comme dans les cas précédens, suinter un liquide séreux, jaunâtre, transparent. L'épaisseur de la peau est évidemment diminuée; quelquefois elle se trouve réduite à une demi-ligne, à un quart de ligne; on croirait même par fois qu'elle n'existe plus, que le tissu cellulaire sous-cutané est à nu. Cet amincissement paraît d'autant plus considérable que les bords de l'excavation générale, un peu tuméfiés, donnent à la peau qui la forme un peu plus d'épaisseur qu'elle n'en a dans l'état sain.

Après la chute de la croûte faveuse, l'excavation de la peau diminue rapidement d'étendue, disparaît bientôt. Cette membrane reprend son épaisseur ordinaire, l'épiderme se renouvelle, et on n'aperçoit aucune cicatrice. Il reste une rougeur violacée qui s'efface graduellement quand la maladie est guérie, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire : plus souvent il arrive que de nouveaux *favus* se forment dans les points où on en a enlevé.

Tel est l'exposé fidèle de ce que j'ai vu un grand nombre de fois. Avant d'aller plus loin, il importe de prouver deux assertions, qui, au premier abord, pourraient paraître difficiles à croire, savoir : l'amincissement de la peau dans les points occupés par les *favus*; et le retour de cette membrane à son épaisseur première, sans apparence aucune de cicatrice.

L'amincissement de la peau est facile à constater par

le toucher, immédiatement après la chute des croûtes. Le doigt confirme parfaitement ce que l'œil a annoncé. Deux fois j'ai pu, à l'aide du scalpel, ajouter une certitude de plus à celles données par la vue et le toucher. Deux jeunes filles affectées tout à la fois de scrophules et de teigne faveuse, ont succombé à l'abondance de la suppuration et à la résorption de la matière purulente. Plusieurs tubercules faveux furent détachés du cuir chevelu, et laissèrent voir la peau excavée. Des incisions pratiquées en divers sens montraient que l'excavation était due à l'amincissement de la peau, dont l'épaisseur était réduite presque à rien en divers points. On arrivait de suite au tissu cellulaire sous-cutané, qui, en ces endroits, était rouge, présentait plusieurs petits vaisseaux remplis de sang. J'ai pu voir aussi qu'à la circonférence de l'excavation, la peau se trouvait un peu plus épaisse qu'à quelques lignes plus loin.

Quant au retour de la peau à ses conditions normales, et sans apparence aucune de cicatrice dans les parties qui ont été ainsi excavées et amincies, il suffit de la plus simple inspection pour s'en convaincre. Si la présence des cheveux peut laisser quelque doute sur l'existence ou la non-existence d'une cicatrice lorsqu'on examine le cuir chevelu, il n'est plus possible d'en conserver après avoir vu sur d'autres endroits du corps, non habituellement recouverts de poils, des points qui ont été le siége de la teigne faveuse. Il y a en ce moment à l'hopital des Enfans une jeune fille, dont le corps, depuis plusieurs années, a été recouvert en beaucoup d'endroits de croûtes faveuses. J'ai détaché beaucoup de ces croûtes sous lesquelles la peau était profondément excavée, très-amincie. Les excavations ont disparu rapidement ; et aujourd'hui

on n'aperçoit, à la place qu'elles occupaient, d'autre altération qu'une couleur violacée, dont l'intensité diminue de jour en jour. Il n'y a aucune apparence de cicatrice, et lorsque la coloration dont je viens de parler se sera dissipée, il sera impossible de savoir dans quel lieu précis la maladie a existé. Cette jeune fille est retenue à l'hôpital par une dénudation avec carie et nécrose du premier os du métatarse droit.

La forme et la disposition des croûtes faveuses étant bien reconnues, les changemens qui s'opèrent dans le tissu de la peau étant bien constatés, je passe à l'exposition du mécanisme suivant lequel la maladie se développe. Je ne m'occuperai pas de la modification vitale qui donne lieu à la sécrétion d'un liquide susceptible de se concréter, de se convertir en tubercule. Que ce soit une inflammation simple, ou bien une inflammation spéciale, ou seulement une irritation. peu importe pour le moment. Je suppose un follicule pilifère atteint de cette modification vitale. La matière qu'il sécrétera, et qu'on peut appeler faveuse, remplira sa cavité, s'y concrètera, formera un petit tubercule : la sécrétion continuant à se faire, le liquide se desséchera autour du petit tubercule déjà formé, augmentera son volume, et bientôt la cavité folliculaire se trouvera remplie, puis distendue. Cependant la matière faveuse, cherchant à s'échapper au dehors, pénètre dans la portion rétrécie, dans le col du follicule; et, retenue à son orifice par l'épiderme, elle s'y dessèche en faisant corps avec cette pellicule inorganique. A mesure qu'une nouvelle quantité de la matière inorganique est dirigée vers l'extérieur, elle dilate le col et l'orifice du follicule, arrive jusqu'à l'épiderme avec lequel elle s'unit en se concrétant autour de la portion

déjà solide. Cette portion, d'abord conique, s'élargit et finit par se convertir petit à petit en un corps cylindrique, puis en une surface légèrement convexe, à mesure que l'orifice, s'agrandissant de plus en plus, vient se placer presque au niveau du fond du follicule dont la cavité se trouve ainsi transformée en une excavation très-superficielle.

Cependant le col et l'orifice du follicule ne peuvent s'élargir en tout sens, s'agrandir sans se détacher de l'épiderme, sans que la peau qui les entoure, refoulée sur elle-même de toutes parts, ne subisse une légère augmentation d'épaisseur, augmentation qui sera toujours proportionnée à l'évasement du follicule. L'augmentation d'épaisseur du pourtour de l'orifice folliculeux concourt beaucoup à donner au tubercule faveux son caractère distinctif, la dépression centrale, et voici comment cette dépression se forme.

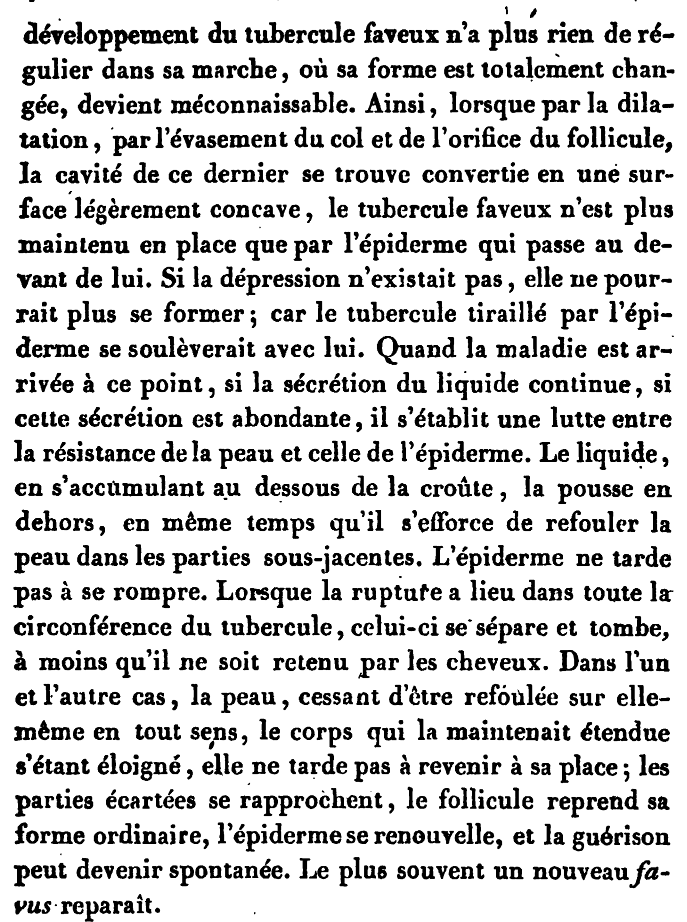
Le liquide faveux, arrêté par l'épiderme, se concrète, ai-je dit, en se confondant avec lui. A mesure qu'une nouvelle quantité de liquide arrive à la circonférence de celui qui est déjà solidifié, elle fait effort contre l'épiderme, le soulève : celui-ci, en raison du léger épaississement qu'a subi la peau qui entoure l'orifice folliculeux, est déjà placé un peu plus haut que la portion apparente du tubercule. Le liquide remplissant tout l'espace qu'il s'est créé entre le tubercule, l'orifice du follicule et l'épiderme se concrètent, toujours en se confondant avec ce dernier. La concrétion parvient à une hauteur de plus en plus grande à mesure que l'épaisseur de la peau, augmentée graduellement par l'évasement de plus en plus considérable de l'orifice du follicule, soulève davantage l'épiderme, dont l'extensibilité s'accroît d'ailleurs en

proportion de l'espace qui doit céder. Ce liquide se solidifiant de tous côtés autour d'un point arrondi, la forme du tubercule est nécessairement régulière, cylindrique.

On comprendra facilement pourquoi le tubercule primitif, intimement uni à l'épiderme, ne se soulève pas avec lui, si on se rappelle que dans les premiers temps ce tubercule a exactement la forme du follicule, qu'il présente une portion arrondie, surmontée d'un point rétréci, comme étranglé, lequel s'élargit au dehors de l'orifice. Ce tubercule, tiraillé par l'épiderme qui tend à le soulever, est retenu dans la cavité du follicule par le col qu'il ne peut franchir; il reste immobile; ce n'est que quand le col du follicule a disparu, a été complètement élargi, que la croûte faveuse peut être aisément détachée de la peau.

La dépression centrale du tubercule faveux n'est point due au hasard : son invariabilité prouverait contre une pareille opinion. Sa formation restée jusqu'ici inexpliquée, car je ne puis regarder comme une explication ce qu'en dit M. Mahon; sa formation, dis-je, me paraît dépendre de la réunion des circonstances suivantes : 1° noyau central, cylindrique, maintenu en place, de manière à ne pouvoir être soulevé par l'épiderme avec lequel il est confondu par son côté extérieur; 2° séjour forcé du liquide faveux dans un espace formé par le noyau central, la cavité du follicule et l'épiderme; 3° enfin soulèvement graduel de l'épiderme décollé, et par conséquent augmentation en hauteur de l'espace dans lequel le liquide faveux est retenu.

Les progrès de la maladie font successivement disparaître toutes ces conditions, et il arrive un moment où le



développement du tubercule faveux n'a plus rien de régulier dans sa marche, où sa forme est totalement changée, devient méconnaissable. Ainsi, lorsque par la dilatation, par l'évasement du col et de l'orifice du follicule, la cavité de ce dernier se trouve convertie en une surface légèrement concave, le tubercule faveux n'est plus maintenu en place que par l'épiderme qui passe au devant de lui. Si la dépression n'existait pas, elle ne pourrait plus se former; car le tubercule tiraillé par l'épiderme se soulèverait avec lui. Quand la maladie est arrivée à ce point, si la sécrétion du liquide continue, si cette sécrétion est abondante, il s'établit une lutte entre la résistance de la peau et celle de l'épiderme. Le liquide, en s'accumulant au dessous de la croûte, la pousse en dehors, en même temps qu'il s'efforce de refouler la peau dans les parties sous-jacentes. L'épiderme ne tarde pas à se rompre. Lorsque la rupture a lieu dans toute la circonférence du tubercule, celui-ci se sépare et tombe, à moins qu'il ne soit retenu par les cheveux. Dans l'un et l'autre cas, la peau, cessant d'être refoulée sur elle-même en tout sens, le corps qui la maintenait étendue s'étant éloigné, elle ne tarde pas à revenir à sa place; les parties écartées se rapprochent, le follicule reprend sa forme ordinaire, l'épiderme se renouvelle, et la guérison peut devenir spontanée. Le plus souvent un nouveau *favus* reparaît.

Lorsque la rupture de l'épiderme est partielle, peu étendue, la croûte faveuse reste adhérente à la peau; elle maintient le follicule dilaté. Le liquide que ce follicule sécrète continuellement s'échappe au dehors, se répand et se dessèche à la circonférence du tubercule dont il augmente le diamètre en recouvrant la peau saine. Cette



concrétion, au lieu de se faire sous l'épiderme, se fait au dessus. Ne rencontrant plus de bornes, de limites, elle a lieu inégalement; d'où résultent des saillies, des enfoncemens qui contrastent avec la surface lisse, unie de la dépression centrale : cette dépression, dont la formation a été graduelle, uniforme, cesse de s'accroître, et si une accumulation de croûtes vient la faire paraître plus profonde cela est tout-à-fait accidentel, et l'effet du hasard. On connaît par l'aspect lisse ou inégal le point où l'épiderme a cessé de régulariser la dessication du liquide faveux, d'imprimer au tubercule son caractère spécial. Parfois ce tubercule ne présente plus qu'une masse informe. La dépression a disparu sous des croûtes inégales. Jusqu'ici je n'ai considéré la maladie que dans un seul follicule. Le plus souvent il arrive qu'elle se propage aux follicules voisins. Bientôt alors les tubercules se réunissent par leurs bords, se confondent de manière à former une croûte qui conserve dans les premiers temps des bords relevés, et dont le centre est excavé : on croirait qu'il n'y a qu'un seul tubercule, si l'on n'avait soin de remarquer que l'excavation, au lieu d'être lisse, présente beaucoup d'inégalités. La circonférence de la croûte, tantôt arrondie, d'autres fois irrégulière, est toujours placée au dessous de l'épiderme qu'elle soulève, distend, et avec lequel elle est confondue. Le centre est retenu par les saillies de cette croûte, qui pénètrent dans les enfoncemens de la peau, et réciproquement par les saillies de la peau qui sont logées dans les anfractuosités de la croûte. Il y a double emboîtement. Le soulèvement, la distension de l'épiderme à la circonférence, l'engrènement de la peau et de la croûte au centre, rendent parfaitement raison de la forme que présente cette croûte, de la res-

semblance avec un seul tubercule : le mécanisme est analogue. Cependant la matière faveuse qui continue à être sécrétée, comble, en se solidifiant, les anfractuosités de la croûte, en même temps qu'elle déprime, qu'elle affaisse les saillies de la peau. Bientôt la croûte, n'étant plus retenue, se trouve soulevée, se fendille et permet l'écoulement en dehors de la matière faveuse. Cette matière se dessèche irrégulièrement, remplit les dépressions extérieures des *favus*, et la croûte, en prenant une forme tout-à-fait irrégulière, peut acquérir un volume considérable, un pouce et plus d'épaisseur et beaucoup plus de largeur. Tel était l'état des choses chez cette jeune fille, qui a excité il y a quelque temps la curiosité de beaucoup de confrères, et que vous êtes venu visiter à l'hôpital des Enfans. Sa tête, ses cuisses, ses jambes et partie du tronc étaient couvertes par d'énormes abcès de matière faveuse desséchée.

Telle est la manière dont je conçois la formation des croûtes faveuses : revenons maintenant sur les changemens que subit la peau.

La réunion, l'agglomération de plusieurs tubercules dans un espace étroit, apportent peu de modification dans le mode suivant lequel les cavités folliculeuses s'élargissent, changent de forme. Si deux follicules très-voisins l'un de l'autre se remplissent en même temps de liquide faveux, la cloison qui sépare ces deux follicules se trouve comprimée, aplatie, s'efface complètement. Les cavités folliculeuses pouvant peu s'étendre du côté où elles sont en contact, elles se dilatent davantage dans les autres sens, ce qui donne à l'excavation qui en résulte une figure moins arrondie, moins régulière. A plus forte raison cette irrégularité se fera-t-elle remarquer si le

contact a lieu entre trois follicules. Les inégalités, les saillies que l'on aperçoit entre les petites excavations dont se compose l'excavation principale, ne sont autre chose que les parties de la peau interposée entre les follicules. Ce sont ces points saillans que l'on a comparés aux grains de la figue, d'où vient probablement, suivant la remarque de M. Mahon, la dénomination de *tinea ficosa*. Sont-ils formés par les corps que feu Gaultier a désignés sous le nom de bourgeons sanguins? On comprend aisément qu'ils puissent être plus composés, qu'ils puissent même renfermer dans leur épaisseur des follicules non malades, aplatis, comprimés, dont les cavités ont disparu par le rapprochement de leurs parois. Quoi qu'il en soit, la chute des croûtes est suivie des mêmes phénomènes qui s'observent lorsqu'un tubercule est isolé, c'est-à-dire, du resserrement de la peau, du retour des cavités des follicules à leur forme normale, de la reproduction de l'épiderme sans aucune apparence de cicatrice; et, au bout d'un temps plus ou moins long, de la réapparition presque constante de la maladie que l'on avait pu croire guérie.

Il me semble que j'aurai donné à ces idées sur le mécanisme de la formation et du développement de la teigne faveuse tout le degré de certitude qu'elles sont susceptible d'acquérir, si je parviens à prouver que la peau sous-jacente aux *favus* n'est point ulcérée, détruite : or je crois que cette tâche ne sera pas très-difficile à remplir. Je pourrais m'appuyer sur l'opinion de plusieurs auteurs, de M. le docteur Rayer, entr'autres, qui, admettant que la maladie commence par des pustules, reconnaissent qu'après la rupture de ces pustules il y a simple dénudation du corps réticulaire, sans ulcération; mais je pré-

fère insister sur l'examen des parties. La comparaison que je vais établir entre la peau ulcérée et la peau déprimée par un tubercule faveux fera voir que, loin d'observer de la parité entre les deux cas, on y trouve des différences capitales. 1° Une surface ulcérée présente toujours dans toute son étendue, des inégalités formées par une multitude de petits bourgeons arrondis ou coniques, connus sous le nom de bourgeons charnus.

La peau déprimée par le *favus* offre au contraire une surface lisse et tellement unie qu'on l'a crue recouverte par une membrane très-fine. A la vérité, lorsque plusieurs *favus* se trouvent rapprochés, on voit çà et là, ainsi que je l'ai dit tout-à-l'heure, des saillies de forme et de volume irréguliers, qu'on pourrait être tenté de prendre, et qu'on a pris en effet pour des bourgeons sanguins : mais ces inégalités ne se remarquent pas sur toute l'étendue de l'excavation ; elles laissent entre elles des surfaces lisses et minces, paraissant recouvertes d'une pellicule très-mince. Leur figure, leur disposition diffèrent totalement de celles des bourgeons sanguins ; et, je le répète, elles résultent de la compression, de la déformation des cloisons qui séparent les uns des autres les follicules malades.

2° Une surface ulcérée sécrète du pus.

La peau affectée de *favus* ne fournit point de pus ; elle laisse suinter un liquide clair, jaunâtre, transparent, jouissant de la propriété de se concréter très-promptement.

3° Enfin une ulcération ne saurait guérir sans laisser une cicatrice ; et, si l'on juge d'après ce qui se passe dans les brûlures, on sait combien sont apparentes les cicatrices de la peau.

Après la chute des croûtes faveuses, et souvent dans l'espace de quelques heures, la dépression de la peau a disparu; on ne voit plus rien qui ressemble à une altération; l'épiderme ne tarde pas à se reproduire, et, comme je l'ai déjà répété plusieurs fois, on ne voit aucune apparence de cicatrice; c'est une partie qui, après avoir subi une extension, un dédoublement pour ainsi dire, revient à son état premier.

On ne sera pas fondé à m'objecter que, quand l'ulcération est profonde, la cicatrice est à peine marquée; car, en admettant que cette assertion soit toujours vraie, je pourrais répondre que dans quelques cas l'amincissement de la peau est tel que l'épaisseur de cette membrane se trouve réduite presque à rien, et qu'alors il n'y a pas plus de cicatrice que quand la dépression est superficielle.

Le degré d'amincissement que la peau est susceptible d'éprouver par le développement des *favus*, présente beaucoup de différences, et ces différences tiennent à l'étendue de la cavité du follicule malade, à la profondeur à laquelle ce follicule est situé dans l'épaisseur du derme. Plus la cavité du follicule sera grande, plus les parties voisines devront être écartées, déprimées pour que cette cavité puisse être convertie en une surface légèrement convexe. Cela est facile à comprendre. De même, plus un follicule sera situé profondément dans l'épaisseur de la peau, plus l'excavation qui résultera du *favus* sera profonde. Or il est des follicules qui sont placés dans les aréoles du derme, au milieu du tissu cellulaire qui remplit ces aréoles. Leur fond se trouve sur le même niveau que la face interne du derme; il repose sur le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque les follicules sont dilatés par

des *favus*, on serait porté à croire que la peau a été détruite dans toute son épaisseur, si l'absence de suppuration, et principalement le retour de cette membrane à son état normal, la guérison sans cicatrice aucune ne venait prouver que cette destruction n'a pas existé.

Il ressort positivement, ce me semble, des considérations qui précèdent, que l'amincissement de la peau affectée de teigne faveuse n'est point dû à une destruction de parties. Il peut arriver cependant que l'ulcération s'empare de la surface des follicules dilatés, et cela s'observe quelquefois lorsque les malades, pour calmer une vive démangeaison, ont déchiré avec les ongles les points malades, ou bien lorsque l'on a eu recours à des applications irritantes, ou bien lorsque le liquide faveux, altéré dans sa composition, est devenu irritant, etc. Alors l'aspect de la peau change, la sécrétion du pus remplace le suintement séreux, la membrane du bulbe pileux, le bulbe lui-même sont souvent détruits. Un ulcère cutané a remplacé la maladie folliculaire, une nouvelle affection est substituée à la première. Dès ce moment les *favus* ne peuvent plus se reproduire, non pas, comme le dit M. Mahon, parce que le principe faveux qui avait mission de détruire le follicule et le bulbe du poil a rempli sa tâche, mais bien parce qu'il n'y a plus de follicule, plus, par conséquent, de liquide susceptible de se concréter, plus de parties qui impriment à la concrétion de ce liquide une forme particulière : les élemens du *favus* manquent entièrement. L'altération, en détruisant ses élémens, amène nécessairement la guérison de la teigne faveuse.

On pourrait peut-être regarder l'ulcération comme un degré plus avancé de la maladie, et non comme une

maladie nouvelle. Mais si l'on fait attention qu'elle n'a pas lieu constamment; que, quand elle survient, ce n'est jamais à une époque fixe, régulière; que son développement est tout-à-fait dû à des circonstances extérieures accidentelles, qu'on peut faire naître à volonté ou prévenir, on aura plus de raisons, je crois, de la regarder comme une maladie substituée à une autre. Au reste, il est peu utile de savoir si l'ulcération des follicules est le second degré de la teigne faveuse, ou si elle constitue une nouvelle affection. Ce qu'il importe de connaître, c'est que le *favus* ne peut pas se reproduire dans un follicule ulcéré; c'est que ce pus n'est pas susceptible de se concréter comme le liquide faveux, et que quand bien même il le ferait, la concrétion ne présenterait pas le caractère spécial du *favus*, la dépression centrale, puisque les parties qui impriment ce caractère ont été détruites. La cicatrisation de l'ulcère cutané amène une guérison solide, et cette connaissance peut conduire à des résultats importans dans le traitement de certaines teignes faveuses qui opposent une résistance opiniâtre à l'action de moyens qui réussissent ordinairement.

Ici finit l'exposé des remarques que j'ai faites sur la formation du *favus*, sur les changemens anatomiques dont la peau devient le siége dans cette maladie. Je ferai observer que ces remarques ne sont pas un objet de simple curiosité. A ce titre elles mériteraient déjà de fixer l'attention des gens de l'art; car une erreur détruite peut conduire à la découverte d'une vérité, et comme tout se lie, s'enchaîne dans les phénomènes de la vie, il est impossible de mesurer l'influence que peut avoir une observation neuve.

Il n'est point de disposition anatomique bien observée

qui ne puisse donner l'explication de quelque phénomène morbide, et fournir des indications utiles à la thérapeutique. Cette assertion de notre savant et respectable maître, M. Boyer, trouve une nouvelle preuve de sa justesse dans les faits que je viens de rapporter. La forme, la disposition des follicules cutanés, soit dans l'état normal, soit lorsqu'il y a *favus*, font connaître pourquoi les adhérences de la croûte faveuse à la peau s'opposent à la guérison de la teigne. C'est en empêchant le retour sur elles-mêmes des parties dilatées, déformées. Les changemens qui surviennent dans la peau, après la chute de ces croûtes, donnent la raison pour laquelle cette maladie est si rebelle aux remèdes qu'on lui oppose, indiquent les changemens qu'il faut apporter dans son traitement. On comprend facilement, en effet, que si, comme je pense, le follicule se resserre, reprend sa forme normale immédiatement après le décollement, la chute de la croûte faveuse, qui le maintenait étendu, dilaté; on comprend, dis-je, que les remèdes topiques, quels qu'ils soient, ne peuvent plus agir sur le mal lui-même, situé alors profondément dans l'épaisseur de la peau : leur action reste bornée à la surface de cette membrane. On parviendra peut-être, par l'emploi d'un corps humide ou gras, à empêcher la concrétion du liquide faveux; mais on n'arrêtera pas la sécrétion de ce liquide; et, aussitôt que l'on cessera l'usage des topiques, le *favus* reparaîtra. On comprend aussi que, pour espérer quelque chose des applications locales dans le traitement de la teigne faveuse, il faut que ces applications soient faites immédiatement après la chute des croûtes, avant que les follicules aient eu le temps de se resserrer, de reprendre leur forme ordinaire; c'est le moment pour agir, *occasio*

præceps. En saisissant ce moment, le remède est appliqué immédiatement sur le mal. Je n'ai point par devers moi assez de faits pour établir positivement les avantages qui pourraient résulter de cette conduite, et que le raisonnement autorise à croire importans. Je dois dire cependant que plusieurs fois j'ai obtenu la guérison en cautérisant avec le nitrate d'argent fondu des surfaces malades, immédiatement après la chute des croûtes. Les follicules, maintenant dilatés par l'escharre, n'ont repris leur forme ordinaire qu'après le détachement de cette escharre, et lorsque leur vitalité a été modifiée par l'action du caustique. Une seule fois le *favus* s'est reproduit; mais celui que j'avais enlevé était très-petit, la cavité où il était logé très-profonde; le nitrate d'argent n'avait pu pénétrer jusqu'au fond de cette cavité : l'entrée seule avait été touchée. C'est un inconvénient que l'on peut éviter en se servant d'une dissolution de sel caustique. Cependant, je le répète, les faits que je possède ne sont pas assez nombreux pour que j'en puisse tirer des conséquences absolues.

Il me reste à faire connaître les motifs qui m'ont engagé à vous adresser cette lettre. Pouvais-je choisir un meilleur juge des observations qui y sont contenues que l'illustre professeur qui, par les charmes de son éloquence, a su répandre le plus vif intérêt sur des maladies dont l'étude était généralement dédaignée; savant et ingénieux observateur, qui a fait rentrer dans le domaine de l'art le traitement des affections cutanées, qui en avait été presque banni?

Je vous prie de recevoir avec votre bienveillance ordinaire ce témoignage public de la reconnaissance d'un de vos anciens élèves.

A. Baudelocque.

RAPPORT

Sur une ablation de l'os maxillaire supérieur, pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Nantes ;

Par M. LAFONT, chirurgien en chef de cet hôpital.

(Lu à l'Académie royale de médecine le 6 septembre 1831 ; par M. HERVEZ DE CHÉGOIN.)

La malade était une jeune fille de dix-sept ans. Après avoir éprouvé pendant un an de vives douleurs dans une des dents de l'os maxillaire supérieur du côté droit, sans demander aucun conseil, elle vint à Nantes. Le médecin qu'elle consulta reconnut une tuméfaction de l'os maxillaire, remarquable surtout sur le bord alvéolaire qui formait une courbe arrondie et saillante, assez développée pour s'opposer à l'occlusion de la bouche. La membrane muqueuse qui la recouvrait était mince comme une feuille de papier ; la tumeur, tout-à-fait indolente, donnait sous les doigts la sensation d'une fluctuation commençante.

On crut en conséquence à une accumulation de liquide dans le sinus maxillaire, et on pratiqua une ponction avec un bistouri étroit qui pénétra aisément dans une substance molle, mais qui ne donna issue qu'à une petite quantité d'un liquide inodore et séreux.

Après cette tentative inutile, la malade retourna chez elle, où elle passa deux ans sans trop souffrir. C'est alors, c'est-à-dire trois ans après le début de la maladie, qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 3 mars 1830.

A cette époque, la partie supérieure de l'os maxillaire

n'était pas beaucoup plus tuméfiée que deux ans auparavant; mais le bord alvéolaire avait acquis le volume d'une tête de fœtus à terme; cette tumeur, logée en partie dans la bouche, faisait à l'extérieur un relief considérable; elle offrait un grand nombre de bosselures dures, d'une grosseur inégale, et à des distances variables. Sa couleur était celle des membranes muqueuses les plus rouges, mais elle changeait plusieurs fois dans la journée. La joue droite était déjetée en dehors et la bouche distendue outre mesure, pour laisser passer cette énorme tumeur, qui ne laissait entre elle et la mâchoire inférieure qu'une petite ouverture par laquelle la malade faisait pénétrer, à l'aide d'une lame de couteau, quelques mouillettes de pain trempé dans du vin. L'appétit était bon, et toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement; aussi M. Lafont ne balança point à proposer l'ablation de la tumeur, et il la pratiqua de la manière suivante :

Une incision partant de la commissure droite fut prolongée horizontalement jusque vers le bord antérieur du masséter. Toute la base de la tumeur fut ainsi mise à nu. Une serpette à lame très-forte et à manche un peu long fut enfoncée en arrière dans l'os malade et ramenée en avant, jusqu'à la base de l'apophyse nasale. De là résulta une section horizontale dans l'intérieur même de l'os et placée dans toute sa longueur, à la hauteur du pli qui forme la muqueuse buccale, en passant des gencives à la lèvre supérieure. La gouge et le maillet servirent ensuite à écarter les deux bords de la solution de continuité, ainsi que la symphyse maxillaire en avant.

Dès lors l'opérateur, ayant la facilité de placer ses doigts entre la tumeur et le plancher de l'orbite, parvint à la renverser en partie en avant, put introduire

de nouveau la serpette, et achever en arrière la section de la voûte palatine.

La tumeur enlevée, il resta une énorme cavité dont la paroi supérieure était formée par la voûte même de l'antre d'Hygmore. Le fond de celui-ci n'avait aucun mauvais aspect, si ce n'est en dehors, où l'on apercevait quelques *grumeaux d'apparence carcinomateuse*. Des cautères chauffés à blanc avaient été préparés; mais la malade se sentant très-fatiguée, on ne crut pas devoir y recourir, et l'on se contenta, après avoir épongé la plaie qui donnait peu de sang, de la remplir avec des bourdonnets de charpie. Trois aiguilles droites servirent à réunir les deux parties de la joue, par la suture entortillée. L'opération et le pansement n'ont duré que quinze à vingt minutes.

La tumeur avait une forme sphéroïde; elle pesait une livre neuf onces. Tout son intérieur présentait une masse homogène et assez consistante, de *nature fibro-cartilagineuse* : dans le centre existait une dent canine parfaitement saine. Les autres dents, visibles à l'extérieur, formaient, à la base de la tumeur, une sorte de demi-couronne.

Il n'est survenu aucun accident. Le troisième jour on retira deux aiguilles et une partie de la charpie, et le quatrième, la dernière aiguille et le reste de la charpie. On fit des injections d'abord émollientes, puis détersives, en y ajoutant quelque peu de chlorure de chaux. Le huitième jour la malade a quitté l'hôpital dans un état de santé générale parfait; et, deux mois après, M. Lafont a reçu une lettre du médecin de la malade, qui lui annonce que sa guérison est complète. M. Lafont a joint à son observation deux lithographies représentant la figure de la malade avant et après l'opération.

Voilà, Messieurs, le fait tel qu'il est rapporté par M. Lafont, sans aucune réflexion, sans aucun commentaire, ni sur le genre de tumeur auquel appartient celle qu'il a enlevée, ni sur le mode opératoire lui-même.

Cependant il eût été à désirer que l'auteur entrât dans quelques détails à cet égard ; car, après avoir lu et relu attentivement la description de la tumeur, on reste incertain sur sa nature, et l'incertitude augmente encore quand on lit, au bas de la lithographie qui accompagne l'observation, *carcinome* de l'*os maxillaire supérieur*, tandis que, dans l'examen anatomique de la tumeur, M. Lafont dit que tout son intérieur présentait une masse homogène, de nature *fibro-cartilagineuse*. Ces deux dénominations, *carcinome* et *fibro-cartilagineuse*, entraînent une espèce de contradiction. Cherchons donc, dans des faits antérieurs et par l'appréciation de toutes les circonstances du fait qui vous est soumis, à déterminer le véritable caractère de la tumeur dont M. Lafont a si heureusement délivré sa malade. Nous examinerons ensuite l'observation sous le rapport du manuel opératoire.

Je disais que *carcinome* et *fibro-cartilage* impliquent contradiction. L'un, en effet, est un vrai cancer, sujet à récidive ; l'autre, au contraire, un tissu accidentel de nature bénigne. Sous le rapport de leur siége, l'os maxillaire supérieur est malheureusement le siége fréquent de tumeurs carcinomateuses, tandis qu'au contraire, celles qui dépendent du développement du tissu ossseux y sont fort rares. En effet, à part les exostoses vénériennes, il en est très-peu qui s'y soient manifestées spontanément ou même par un cause externe. Depuis vingt ans que j'assiste aux visites d'un hôpital où abondent les maladies chirurgicales, je n'ai vu qu'une seule fois l'exostose de l'os maxil-

laire supérieur ; elle existait symétriquement à gauche et à droite ; elle était éburnée et n'avait que le volume d'un petit œuf. Pour l'enlever, M. Roux la divisa en quatre avec la scie, et fit sauter chaque portion avec la gouge.

Georgi rapporte dans les *Annali di medicina* une observation qu'il intitule *exostose* considérable de la paroi du sinus maxillaire gauche ; puis, quand il vient à la description, il se trouve que c'est une tumeur qu'il appelle *ostéo-spongieuse*, recouverte d'une lame osseuse d'une ligne d'épaisseur, et que cette tumeur, déchirée par les doigts du chirurgien, fournit du sang en si grande abondance, qu'il faut deux fois suspendre l'opération. Au bout de huit jours la gangrène se manifeste, et une ligne de démarcation s'établit dans toute l'étendue de la tumeur qu'il appelle maintenant une *végétation*. Tout se termine enfin par la chute des dents molaires, de la canine, de la moitié de la mâchoire supérieure, les deux tiers de la voûte du palais, le vomer, une partie de l'os du nez, presque la moitié de l'os de la pommette, le cornet inférieur et l'os unguis. La malade, comme dans l'observation de M. Lafont, était aussi une jeune fille.

Mais est-ce bien là une exostose? on a le droit d'en douter après une pareille description, et, quoique certaines exostoses se terminent par nécrose, selon la remarque de M. Boyer, on est plutôt fondé à voir ici une tumeur sarcomateuse de mauvaise nature, développée dans l'épaisseur du bord alvéolaire ou dans le sinus maxillaire.

Bordenave rapporte aussi une observation qu'il emprunte à Runge, et qu'il intitule également Exostose de l'os maxillaire supérieur. La malade était encore une femme. La tumeur s'était développée au dessous de la pommette ; on crut, comme dans l'observation de M. La-

font, que c'était une dilatation du sinus maxillaire; mais il fallut traverser 5 lignes d'épaisseur osseuse avant d'arriver à sa cavité qui contenait en effet une assez grande quantité de liquide; l'os était poreux et présentait ce qu'on appelle une exostose celluleuse ou laminée. Toute la partie altérée ne fut pas enlevée, et la guérison ne fût qu'imparfaite.

La plus volumineuse exostose de l'os maxillaire que l'on connaisse, est celle que des fossoyeurs rencontrèrent sur une tête sèche : elle avait 6 pouces de long, et sa circonférence, depuis l'os de la pommette, en passant sous l'os maxillaire supérieur et les ailes du sphénoïde de ce côté, était d'un pied environ; elle était lisse et dure supérieurement, poreuse comme de la pierre ponce à sa partie inférieure.

Puisque les exostoses de l'os maxillaire supérieur sont si rares, un fait de cette espèce serait curieux et digne de fixer votre attention.

La maladie qui fait le sujet de l'observation de M. Lafont, est-elle donc une exostose?

On s'imaginerait peut-être que rien n'est si facile à décider qu'une pareille question, et l'on trouvera surprenant qu'on soit embarrassé pour déterminer si une substance qu'on a sous les yeux, qu'on touche de ses doigts, est ou non formée d'un tissu osseux. Quand on veut être exact et sévère dans les noms qu'on impose aux choses, on reconnaît bientôt toute la difficulté que présente une question si simple en apparence.

C'est que, en effet, toutes les tumeurs comprises et décrites sous le nom générique d'*exostoses*, sont loin de se ressembler, et beaucoup seraient rayées de ce genre de maladies, si on les analysait scrupuleusement. Voici un exemple :

Une jeune personne de quinze ans, remarquable par la régularité de ses traits, s'aperçoit que son menton s'allonge, et dans l'espace de quatorze mois il prend une extension de près de 2 pouces. Elle n'en souffrait point, mais la difformité qui en résultait était assez grande pour lui faire désirer ardemment d'être débarrassée de cet excédent désagréable. M. Roux, par un procédé ingénieux, enleva cette saillie si mal placée, sans laisser aucune cicatrice à la face. La scie eut peine à diviser les premières couches de la tumeur; le centre, au contraire, fut facilement entamé.

L'examen attentif de cette pièce fit reconnaître en dehors la substance compacte de l'os maxillaire inférieur, qui, comme on sait, offre à sa partie moyenne une dureté remarquable, et à l'intérieur une substance d'un blanc rosé, ferme, mais élastique, d'apparence *fibreuse* en un mot.

Voilà bien assurément une maladie dans laquelle la substance osseuse a été allongée, et à laquelle la définition de l'exostose serait parfaitement applicable, puisqu'on la considère comme un développement plus ou moins étendu du tissu osseux. Mais rien ne serait plus inexact cependant que cette dénomination appliquée au cas actuel; car ici l'affection principale, c'est la tumeur intérieure; c'est elle qui a forcé la couche extérieure de l'os à se développer, en se développant elle-même; c'est donc elle qui doit donner son nom à la maladie, et nous l'appellerons *tumeur fibreuse* de l'os maxillaire inférieur. Elle appartient à ce genre de tumeurs que M. Dupuytren a décrites avec soin, et qu'il a rencontrées souvent. Telle était, entr'autres, celle qu'il enleva le 26 août 1829, sur une jeune fille de seize ans. Cette tu-

meur était, comme celle dont j'ai parlé d'abord, presque blanche, ferme et élastique.

La tumeur qui fait le sujet de l'observation de M. Lafont, serait-elle donc une tumeur fibreuse, développée dans la partie spongieuse du bord alvéolaire, ou dans le tissu sous-muqueux du sinus maxillaire? serait-elle un de ces polypes fibreux qui acquièrent quelquefois une dureté cartilagineuse? serait-ce une exostose du genre de celles qu'Astley Cooper a décrites sous le nom d'*exostoses cartilagineuses* du périoste? Mais, dans ce dernier cas, l'os lui-même demeure intact, et c'est à sa surface externe, entre lui et le périoste, que la tumeur se développe. Tel était le cas de ce jeune homme entré, l'an dernier, à la Charité avec une tumeur de l'humérus placée sous le deltoïde. Elle fut sciée à sa base et retirée par l'une des ouvertures latérales qui avaient donné passage à l'instrument; elle était mamelonnée, luisante, et donnait, par sa couleur et sa consistance, l'image parfaite d'un cartilage; mais ici l'os a disparu en grande partie. Ce n'est donc point une exostose cartilagineuse; ce n'est point non plus un *ostéo-sarcôme*, puisqu'il n'y a plus aucune apparence osseuse, et que, d'après la définition, l'ostéo-sarcôme consiste dans une extension plus ou moins considérable du tissu osseux, avec formation d'une substance particulière qui ressemble à l'une des formes du cancer des parties molles.

Ce n'est point davantage une hypertrophie simple de l'os maxillaire, puisque dans cette hypertrophie simple il n'y a que simple extension du tissu osseux, sans dégénérescence aucune, comme était ce tibia dont j'ai donné ailleurs la description, qui, après s'être étendu en longueur et en épaisseur, s'était courbé en arc de cercle sous le poids du corps.

Faut-il donc regarder la maladie en question comme une tumeur *fongueuse* ou *cancéreuse* des parties molles, qui, après avoir détruit les os, pénètre dans le sinus maxillaire et porte ses ravages jusqu'au cerveau? Faudra-t-il, en adoptant les mêmes idées que M. Delpech à ce sujet, en placer le principe et le lieu d'origine dans les filets nerveux qui percent le fond de l'alvéole, et croire avec ce chirurgien célèbre qu'elle s'étend, de là, en suivant les divisions du nerf maxillaire supérieur?

Si on considère en effet que la maladie a commencé par des douleurs, que ces douleurs avaient précisément leur siége dans une des dents de l'os maxillaire, on sera tenté de la ranger parmi les tumeurs fongueuses ou cancéreuses. Mais si, d'un autre côté, on se rappelle que ces tumeurs offrent pour caractère principal, ou une facilité singulière à fournir du sang au moindre contact, ou la présence d'une matière particulière qu'on a appelée *cérébroïde*, et qu'on se rappelle aussi que la tumeur enlevée par M. Lafont ne laissa écouler, après la ponction, qu'un liquide inodore et séreux, et que tout son intérieur n'était formé que d'un tissu *fibro-cartilagineux*, on sera forcé de lui assigner une autre nature, et nous la regarderons comme une *tumeur fibreuse* qui s'est développée ou dans l'épaisseur de l'os maxillaire, ou dans le tissu sous-muqueux du sinus maxillaire, et a acquis la dureté cartilagineuse, comme il y en a des exemples.

Il serait même difficile d'en trouver un qui eût plus de rapport avec le fait que nous analysons, que celui rapporté par Bordenave, et qu'il a emprunté à Acoluthus, médecin de Breslau.

La malade était aussi une jeune fille. La tumeur avait

également commencé par une douleur de dent. En deux ans elle acquit aussi le volume de deux poings, et menaçait à chaque instant la malade de périr de faim ou de suffocation. Elle fut enlevée comme celle de M. Lafont : elle avait comme elle la rénitence du cartilage ; enfin, pour dernier trait de ressemblance, la guérison fut complète aussi.

Je craindrais, Messieurs, d'avoir trop insisté sur les distinctions d'anatomie pathologique, si vous n'étiez convaincus que ce diagnostic minutieux et difficile devient, dans des cas semblables, de la plus grande importance, puisque c'est sur lui seul qu'on peut établir le pronostic, la nécessité d'une opération et la manière d'y procéder.

Cette dernière réflexion trouve sur-le-champ son application dans un des temps de l'opération pratiquée par M. Lafont. Vous avez remarqué, Messieurs, qu'il avait eu d'abord l'intention d'appliquer le feu dans le sinus maxillaire ; les cautères étaient tout préparés. Il n'en fut détourné que par la fatigue et la faiblesse de la malade. Or, nous croyons pouvoir féliciter M. Lafont de n'avoir pas tenu davantage à son premier projet, et c'est parce que nous avons discuté *minutieusement* les caractères distinctifs de la tumeur, et que nous présumons avoir ainsi établi son diagnostic différentiel, que nous portons ce jugement sur l'application du feu dans le cas actuel, ne la croyant pas nécessaire après l'ablation d'une tumeur de cette nature, et, si je puis ainsi dire, de cette forme, car elle était arrondie, sphéroïde, comme le dit l'auteur, c'est-à-dire isolée, séparée, et ne présentant point ces prolongemens ou embranchemens, qui font craindre qu'on n'ait point tout enlevé, et engagent à détruire par le feu ce qu'on n'a pu atteindre avec le fer. Les grumeaux que M. Lafont regardait comme carcinomateux, et sur les-

quels il voulait appliquer le cautère actuel, n'étaient, sans doute, que des portions de membrane muqueuse, ou de tissu cellulaire boursouflés par la compression que la tumeur exerçait sur les parties qui l'entouraient.

Ce n'est pas que nous rejetions constamment l'usage du feu dans quelques-unes des opérations qu'on pratique pour les maladies du sinus maxillaire et des fosses nasales. David l'a employé avec succès dans l'observation que nous avons citée plus haut; M. Boyer le conseille, et M. Delpech s'en sert souvent, soit pour arrêter une hémorrhagie difficile à maîtriser par d'autres moyens, soit pour donner la mort à des restes de la maladie que le bistouri, les airignes ou les crochets n'ont pu extirper; et je ne doute pas qu'on ne s'oppose ainsi à certaines récidives. J'ai toujours présent à l'esprit l'exemple d'une jeune femme de Neuilly, qui, au septième mois d'une grossesse, voulut absolument qu'on lui enlevât une tumeur fongueuse qui remplissait la narine gauche et s'opposait entièrement à l'entrée de l'air. Je ne me servis que du bistouri pour cette opération, et j'eus soin de râcler le cartilage de la cloison sur lequel la tumeur prenait naissance; un mois après elle avait reparu. La malade ne voulut pas attendre après son accouchement pour se soumettre à une seconde opération; elle exigea qu'on la pratiquât sur-le champ. Cette fois, après avoir mis de nouveau le cartilage à nu, j'appliquai, à plusieurs reprises, le cautère actuel, et depuis six ans il n'y a point eu de récidive. Il n'y eut pas non plus le moindre accident nerveux ni inflammatoire, malgré le terme prochain de son accouchement.

Quant au procédé opératoire proprement dit, qu'il faut préférer pour l'ablation de ce genre de tumeurs, il n'a rien de fixe; on fait comme on peut, et l'on doit

convenir que M. Lafont s'y est bien pris pour enlever l'os maxillaire; mais, par une omission de l'auteur, qui ne parle point de l'état de toutes les portions d'os qu'il a cru nécessaire d'enlever, de la voûte palatine, par exemple, et du rebord alvéolaire, près la symphyse qu'il a séparée avec la gouge et le maillet; je me trouve conduit à demander si l'ablation de toutes ces portions d'os était indispensable. Il eût pu se faire que ces parties simplement déviées ou altérées dans leur forme par le développement de la tumeur, eussent conservé leur intégrité. Mais, je le répète, cette réflexion n'est que conditionnelle; elle tombe d'elle-même, si la voûte palatine et l'os, près la symphyse, étaient nécrosés ou profondément altérés, comme il arrive quelquefois en pareil cas.

Du reste, nous ne blâmons point la hardiesse de M. Lafont. L'expérience prouve qu'on peut la pousser bien loin. David, en extirpant une tumeur semblable à celle dont il est question, car elle était, dit-il, blanche, assez dure et ressemblait à de l'agaric un peu mou, ne craignit pas d'enlever le plancher inférieur de l'orbite, et la guérison eut lieu malgré un vide de quatre pouces et demi d'avant en arrière et de plus de trois pouces dans les autres sens. Fendre le voile du palais, diviser les ailes du nez, inciser la joue tout entière pour faciliter les opérations qu'on pratique à la face, sont des moyens d'arriver au but dont on ne se fait point scrupule aujourd'hui.

Quoique l'os maxillaire supérieur ait déjà été enlevé, et que vous ayez vu dans cette enceinte une femme sur qui cette opération avait été pratiquée par un des chirurgiens de la capitale, ces faits néanmoins ne sont pas très-multipliés, et celui que M. Lafont a communiqué à l'Académie, a paru à vos commissaires digne de votre

attention, et par la hardiesse de l'opérateur et par le succès qu'il a obtenu.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser à l'auteur des remerciemens et des éloges, et de déposer honorablement son observation dans les archives de l'Académie.

BULLETIN CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

De la torsion des artères; par le professeur DELPECH.

Depuis le plein succès de Paré pour faire préférer la ligature des artères à tout autre moyen hémostatique, des tentatives innombrables ont été faites pour les dépouiller de l'inconvénient de laisser un corps étranger dans une plaie. On doit de la reconnaissance à tous ceux qui se sont occupés de cet objet important, et qui lui ont consacré du temps et des soins; mais tous ces essais sont demeurés sans résultat, jusques au moment où l'on a songé à tordre les artères. L'hémostatie étant opérée par le tissu cellulaire de l'artère même, il ne reste point de corps étranger, si cette enveloppe celluleuse elle-même n'est pas mortifiée par l'effet de l'opération. Nous qui attachons un prix infini à la possibilité de tenter la réunion immédiate, et à tout ce qui peut augmenter les chances du succès, nous avons dû plus qu'un autre être intéressé à vérifier ce qu'il y a de solide dans ce nouveau progrès de la chirurgie pratique. Nous nous sommes donc empressé de vérifier; et c'est le résultat de notre étude sur ce point, que nous publions aujourd'hui.

Nous avons d'abord voulu connaître combien l'on pouvait compter sur la solidité temporaire et définitive du *lien* formé autour du vaisseau, par son propre tissu cel-

lulaire. En conséquence, nous avons fait de nombreux essais sur le cadavre, de concert avec notre collègue le professeur Dubrueil, et en présence d'un grand nombre d'élèves.

Nous avons adapté une seringue à injection remplie d'eau à l'un des vaisseaux voisins du tronc artériel que nous soumettions à l'expérience, de manière que l'impulsion du liquide dût se faire pleinement sentir au point où nous opérions. Nous avons dénudé, tantôt l'artère carotide, tantôt la brachiale, tantôt la crurale, souvent même l'aorte elle-même dans l'abdomen. Nous avons coupé le vaisseau en travers pendant l'effort même de l'injection, les vaisseaux étant déjà remplis. Au moment même de la section totale, l'effusion du liquide a bien démontré qu'en effet l'effort était continu et puissant, le vaisseau étant saisi avec les doigts de manière à interrompre l'effusion, puis avec la pince à tordre de manière à continuer ce que faisaient d'abord les doigts, étant ensuite soumis à la contusion de ses tissus propres par la pression de la pince à branches cylindriques, et la torsion étant opérée avec les soins nécessaires pour être assuré qu'elle ne portait que sur le tissu cellulaire; ce bouchon, étant abandonné à lui-même, n'a laissé échapper aucune goutte de liquide. Ce résultat nous a paru très-remarquable, surtout quand il s'est agi du tronc de l'artère aorte abdominale; la seringue était adaptée à une artère carotide; elle avait été vidée deux fois dans l'arbre artériel; le système entier était rénitent partout. Sous l'effort continu de l'instrument l'aorte est découverte, elle est mise au jour; une section complète aurait fourni beaucoup d'eau, si l'on n'avait pris d'avance des mesures propres à l'empêcher. La contusion et la torsion sont opérées, et l'effusion est parfaitement empêchée, les spi-

rales du tissu cellulaire sont tellement serrées qu'il est très-difficile de les relâcher à dessein. Plusieurs faits de la même espèce ne laissent aucun doute sur la solidité du nœud.

Des recherches de la même nature furent faites sur des animaux vivans : tantôt l'un, tantôt l'autre, et même plusieurs des élèves qui nous aidaient, chacun tordit, selon les procédés recommandés, les plus grosses artères des membres, sur des chiens, gros et petits, vigoureux et bien portans, ou déjà affaiblis par des mutilations précédentes. Toujours le succès, sans inconvénient, répondit à nos efforts.

Nos collègues Dubrueil et Lallemand, en notre présence et devant un grand nombre de témoins, tordirent de même les grosses artères, notamment les carotides, sur des chevaux, des mulets condamnés, et que le docteur Pigeaire avait livrés à nos recherches, avec une bonté parfaite, et dont il serait bien ingrat de ne pas lui témoigner ici toute notre gratitude. Jamais ces animaux n'ont couru le moindre danger par l'hémorragie; ils n'ont même point perdu de sang, du moment que la torsion a été accomplie. Il aurait pu nous sembler qu'il manquait quelque chose à ces dernières expériences, parce que les animaux que nous y avions employés ne pouvant être gardés plus de quelques jours, bientôt après ils furent sacrifiés. Mais les expériences faites sur les chiens n'eurent pas le même défaut : les animaux furent conservés jusques à leur guérison ; leur dissection montra des artères bien oblitérées, avec les circonstances connues de caillot, de bouchon pseudo-membraneux, etc. La dissection des chevaux et des mulets soumis aux mêmes épreuves ayant été faite bien plus tôt, on y a pu mieux analyser les moyens d'hémostatie et ceux d'oblitération.

La contusion égale de tous les points de la circonférence du vaisseau avait rompu les tuniques propres; la torsion avait *vrillé* le tissu cellulaire, au dessus du côté supérieur de la section; les tuniques interne et fibreuse de ce même côté avaient été refoulées dans l'intérieur du vaisseau; le bouchon pseudo-membraneux et fibrino-sanguin formait une masse engagée dans le dédoublement des tuniques artérielles, dans la cavité du vaisseau, se prolongeant au loin jusques à une branche voisine, et logeant le bord libre et refoulé des tuniques propres dans une sorte de rainure pratiquée à la base de ce bouchon commun. Rien n'était et ne pouvait être plus solide; les ligatures ne réussissent qu'à la faveur des mêmes circonstances : c'était dans les effets les avantages d'une ligature, sans aucun de ses inconvéniens; et nous avons pu dire alors que, si le procédé opératoire sortait aussi triomphant de l'épreuve sur l'homme, ce serait là un des plus grands perfectionnemens du siècle. Nous avions donc conçu une très-haute idée de la torsion des artères; nous avons cru pouvoir nous en promettre un des plus puissans auxiliaires de la réunion immédiate. Nous en faisons la remarque expresse, afin que l'on ne puisse douter du parfait désintéressement avec lequel nous allons proclamer ce que nous avons vu. Il faut bien des conditions réunies, en médecine pratique, pour être assuré que l'on est dans le vrai. Ceux qui sont parvenus à saisir le plus grand nombre de données démonstratives sont tenus de les faire connaître, dans la vue d'éclairer les pas de ceux qui s'engageront après eux dans la même carrière. Nous ne pouvions avoir que les documens que tout le monde connaît maintenant, et dont nous venons de raconter le sommaire : nous ne pouvions faire plus

que de ne pas nous en rapporter aux expériences faites par les autres, et de vouloir nous convaincre par nos propres yeux : les résultats étaient avantageux ; nous étions autorisés à faire la dernière épreuve ; nous la fîmes.

Première observation.

Amputation de la cuisse. — Torsion des artères. — Paquet de ganglions inguinaux engorgés, qui s'enflamment. — Empâtement du moignon. — Suppuration ; insuccès de la réunion immédiate. — Lente consomption. — Mort. — Inflammation des vaisseaux, principalement des artères.

Un malheureux, âgé de trente-sept ans, d'une constitution très-débile, pâle, maigre, ruiné par la misère autant que par sa maladie, fut admis à l'hôpital St-Éloi, le 22 juin 1831, pour y être soigné d'un énorme ulcère occupant le côté externe de tout le membre inférieur droit, depuis le milieu de la cuisse jusqu'au niveau des malléoles. Cette ulcération s'était manifestée sans cause connue, et fut constatée cancéreuse et parsemée de beaucoup de masses mélaniques. La totalité des tégumens étaient détruits ; la surface était inégale, anfractueuse et sillonnée très-profondément dans plusieurs endroits ; elle était d'une dureté extrême presque partout, excepté dans quelques points qui étaient mortifiés. Il en découlait en quantité prodigieuse une sérosité jaunâtre, souvent sanglante et d'une horrible fétidité. Un engorgement existait dans l'aîne : il comprenait évidemment la masse entière des ganglions ; mais leur consistance permettait d'admettre qu'ils étaient atteints seulement d'inflammation sympathique. La nutrition se faisait mal ; mais la misère et l'abondante déperdition de matière animale suffisaient pour l'expliquer. Quelques jours de repos,

une meilleure alimentation, un peu de sommeil artificiel, confirmèrent ce jugement : le malade allait mieux; mais l'affection locale était loin d'éprouver le moindre amendement. Nous n'y avions pas compté.

Une vingtaine de jours s'étant écoulés, la restauration du malade nous parut devoir être mise à profit pour son salut : nous lui conseillâmes donc l'amputation du membre comme l'unique voie de solution heureuse; et le malade, convaincu d'avance, accepta avec empressement l'idée d'une délivrance sur laquelle il n'osait plus compter.

L'amputation fut pratiquée, le 11 juillet, avec tous les soins accoutumés. Les parties molles abondantes furent resserrées dans une région parfaitement saine et très-notablement éloignée de celle des tissus altérés; les parties inclinées les unes vers les autres furent assujetties par des points de suture ne comprenant que la peau ; le rapprochement fut opéré de devant en arrière ; le moignon fixé constamment contre le couché, par la main d'un aide, immédiatement après l'opération et pendant toute la durée de ses suites premières ; on n'observa pas le plus léger degré de compression sur les chairs, qui pût les contondre contre le haut de l'os, ni les irriter. Quant aux vaisseaux, ils furent tordus avec le même soin que nous avions mis à nos recherches sur le cadavre et sur les animaux vivans; et, en effet, il ne se montra pas une goutte de sang, ni dans le moment de l'opération, ni dans la suite; et le bouchon formé par le tissu cellulaire tordu battait fortement, néanmoins, à la surface du moignon : preuve certaine que le sang liquide arrivait jusque derrière le bouchon, et que ce dernier seul s'opposait à l'effusion.

Le malade paraissait assez bien les premiers jours : l'espérance rentrait dans son âme ; il voyait le succès assuré ; les fonctions abdominales étaient plus satisfaisantes. Cependant un symptôme insolite attira notre attention, et ne nous laissait pas sans inquiétude : un œdème survint au moignon : d'abord il ne régnait qu'à son côté interne ; bientôt il l'envahit tout entier, et la partie en acquit un volume considérable et d'autant plus remarquable que le malade était très-maigre. Cependant il n'y avait pas de douleur, excepté sur le trajet des vaisseaux, sans cependant qu'il y eût là rien qui ressemblât à une fluxion, au noyau d'une phlegmasie.

Le troisième jour, la fièvre survint et obligea à découvrir le moignon plus tôt qu'à l'ordinaire. Cet empâtement fut mieux constaté alors ; mais une autre remarque vint répandre du doute sur sa véritable origine. Nous avions laissé la masse formée par les ganglions inguinaux engorgés ; elle était augmentée de volume ; il y avait des douleurs ; la peau y était rouge ; on sentait même une fluctuation prochaine sous cette enveloppe. Il était évident que les ganglions s'isolaient par un travail inflammatoire, que probablement quelques-uns, peut-être tous, tomberaient, séquestrés par la mortification. Dès lors il devait paraître plausible que l'œdème du moignon fût causé par cet accident.

Les quatrième, cinquième et sixième jours, ces probabilités s'accrurent encore : les abcès de l'aîne furent ouverts ; la peau était isolée dans une grande étendue ; ces ganglions gangrénés étaient détachés ou tombés ; mais l'œdème du moignon était devenu général et extrême. La réunion n'avait point réussi : le tissu cellulaire intermusculaire suppurait, aussi bien que celui de la surface du

moignon. Ce dernier événement, si rare dans nos mains, nous parut fort remarquable : cependant la scène qui se passait dans l'aîne sortait tellement aussi de la proportion ordinaire des suites de l'amputation, qu'il nous parut naturel que l'un fût la cause de l'autre. Il n'en fallait pas tant pour achever un corps ruiné déjà par les précédens : cependant,

Le huitième jour encore, il y eut moins de fièvre, un calme remarquable qui nous étonna; mais ensuite, dès

Le dixième, la diarrhée survint; et malgré tous les efforts, et quoique sous les apparences exiguës de sa constitution, le malade présentât la ténacité vitale la plus étonnante, qui lui permit de se défendre jusqu'au

Quarante-quatrième jour, il succomba ce jour-là après être tombé dans le dernier degré du marasme.

A l'*autopsie*, nous trouvâmes peu de traces de la phlogose qui avait dû donner lieu à sa diarrhée et l'entretenir aussi long-temps; les viscères du *thorax* ou de l'*abdomen* ne présentaient point de cancer, mais des tubercules nombreux répandus dans tous les parenchymes.

Le *moignon* offrit les remarques les plus curieuses : tous les muscles étaient libres et comme disséqués par la suppuration et la mortification du tissu cellulaire; l'os était à nu dans l'extrémité même de sa coupe; cependant le muscle crural et le *périoste* ne l'avaient pas abandonné : cette dernière membrane offrait une rainure déjà profonde, laquelle marquait le point où se bornait la mortification du bout de l'os, et où se serait séparée la virole du trait de scie. L'*organe médullaire* avait conservé son état naturel, à cela près d'un peu plus de vascularité; mais la sécrétion grasse y était manifeste, et ses

membranules, au moins les plus éloignées de la surface de la coupe, étaient transparentes.

Les *vaisseaux*, formant une masse distincte et volumineuse, étaient confondus par un tissu dense, opaque, par une infiltration séreuse et par des alvéoles infiltrées de pus. La dissection, les ayant isolés, fit voir que l'*artère* et la *veine* avaient été fortement rétractées, et formaient des contours assez nombreux dans l'espèce de gaîne qui les renfermait. L'épaisseur des parois était fort augmentée dans les deux vaisseaux : c'était leur tissu cellulaire extérieur qui était infiltré de pus; le tissu fibreux de l'artère et la membrane propre de la veine étaient couverts d'une couche dense et blanche-rosée. La membrane intérieure dans l'un et l'autre, était rouge et confondue avec la masse de caillot et de pseudo-membrane qui les oblitérait et qui adhérait fortement à la surface libre, en se prolongeant à de grandes distances dans la cavité. Cette dernière d'ailleurs, dans l'un et l'autre vaisseau, n'a pas présenté la moindre trace de pus. Mais une remarque très-curieuse, que nous n'avions pas eu d'autre occasion de faire, c'est que la membrane interne de l'artère, enveloppant exactement le bouchon, comme nous venons de le dire, était presque entièrement séparée de la membrane fibreuse, jusqu'à la hauteur de la naissance de l'artère fémorale profonde : dans les quatre cinquièmes du contour de l'artère principale, les deux membranes étaient séparées par un espace libre bien manifeste. Le cinquième restant de la circonférence formait une ligne continue d'adhérence, dans le sens de l'axe et dans toute la longueur. La membrane interne libre formait un sac, une gaîne longue, qui embrassait le corps fibrineux, et dessinait par ses plis tous les acci-

dens de la forme du corps contenu, lequel n'était pas exactement cylindrique.

Les observations anatomiques de ce fait présentaient d'abord, comme circonstances insolites, l'infiltration purulente de la gaîne des vaisseaux; leur isolement dans leur gaîne, le malade ayant évidemment long-temps souffert; la rétraction de toute cette masse avec les vaisseaux qu'elle renfermait; les contours que formaient ces derniers, tous symptômes propres à confirmer que l'artère et la veine avaient été en proie à une inflammation prolongée. Mais la destruction dont les ganglions inguinaux furent l'objet et l'occasion, les dissections purulentes qu'ils paraissaient avoir provoquées, nous abusèrent sur les véritables causes: néanmoins, nous notâmes, comme remarque tout-à-fait nouvelle, l'œdème du moignon, le premier et le plus persévérant de tous les symptômes, qui avait précédé même l'inflammation apparente des ganglions, et l'influence que cet accident avait manifestement exercée sur la réunion du moignon, qui en avait été entièrement empêchée, quoique l'hémostatie eût été très-solide et que pas une goutte de sang n'eût pu s'interposer; mais la séparation totale de la membrane interne est une lésion jusque là inconnue. A quoi tient-elle? à en juger par l'état des choses, il est probable que cette séparation date du même temps que la torsion. Ce serait donc la violence mécanique imposée au vaisseau, qui aurait produit cet effet. Puisque ce fait démontre le désordre dont il s'agit comme possible, il faudra donc y compter à l'avenir. Sera-t-il toujours innocent? Le fait suivant présentera peut-être des remarques plus positives, et propres à éclairer les inductions du précédent.

Deuxième observation.

Ecrasement de la jambe. — Amputation. — Torsion des artères. — Empâtement du moignon. — Insuccès de la réunion. — Mort. — Suppuration de l'extérieur et de l'intérieur des vaisseaux.

Un homme âgé de quarante-trois ans, doué d'une forte constitution, eut le bas de la jambe droite écrasé par le moyen d'une voiture pesamment chargée. Le désordre fut jugé si grave que l'amputation pratiquée sur-le-champ était évidemment l'unique ressource que l'on pût tenter. En effet, le 4 août, à huit heures du soir, cinq heures après l'accident, la jambe fut amputée dans le lieu ordinaire, avec le soin de porter les coupes un peu plus haut, pour ne pas les faire tomber sur des parties ecchymosées. Toutes les artères furent pincées, contuses et soumises à la torsion, procédé opératoire qui eut un plein succès, car le moignon en fut entièrement mis à sec. Les contours de la section cutanée rapprochés selon notre usage, obliquement d'avant en arrière, suivant une ligne qui passe en dedans des deux os, furent ramenés sur la section des muscles et des os, la couvrirent tout entière, et furent assujettis entre eux par des points de suture qui ne comprenaient que la peau, qui ne la fatiguaient pas, et qui furent soutenus chacun par une longue bandelette agglutinative nullement serrée. L'appareil fut fort léger : quelques plumasseaux chargés de cérat sur la trace des sutures, un peu de charpie sèche, deux compresses longuettes et quelques doloires de bande fort légèrement appliqués, en firent tous les frais. Enfin, le moignon fut couché par son côté externe sur un petit oreiller carré, et maintenu constamment en repos par la main d'un aide. Nous répétons ces détails, dans l'in-

tention formelle de convaincre tout le monde qu'aucune des précautions ordinaires n'a été négligée, et pour que l'on puisse conclure sans erreur d'après les détails du fait et sur leur véritable influence.

Des accidens auxquels il fallait bien s'attendre, par la nature de la blessure, l'ébranlement général auquel elle avait dû donner lieu, ne tardèrent pas à éclater et causèrent la perte du malade; mais, parmi eux, il fut aisé de distinguer l'œdème du moignon, l'empâtement que nous avions remarqué dans le fait précédent. Il se montra dès le lendemain de l'opération et s'accrut rapidement. Il tendit les coupes de la peau, fatigua les points de suture, mit dans la nécessité de les couper de bonne heure, et fit manquer ainsi la réunion immédiate. Cependant il n'y eut point de fusées de suppuration: chose très-remarquable; car la tension s'étendait chaque jour et gagna peu à peu le genou et une partie de la cuisse, commençant partout par l'œdème, et prenant ensuite seulement un caractère plus irritatif. Des sangsues fréquemment réitérées, des cataplasmes émolliens et sédatifs, ne changèrent rien à cet état, et prouvèrent mieux encore que l'œdème pur était l'origine de la tuméfaction, et que celle-ci ne devenait douloureuse et rouge, secondairement, que par la surcharge des parties.

Le malade succomba le dix-huitième jour après l'amputation, après avoir manifesté les symptômes d'une méningite du crâne et du rachis, qui résista à tous les efforts, et que l'autopsie démontra.

L'examen du moignon était pour nous d'un grand intérêt: voici ce qu'il apprit.

Sous la peau, le tissu cellulaire infiltré et pénétré de vaisseaux dilatés; ses aréoles présentant quelques traces

rares de pseudo-membranes, par conséquent n'ayant participé que peu à l'inflammation.

Les muscles légèrement rétractés, rouges, infiltrés, ramollis, séparés par des couches épaisses de tissu cellulaire infiltré, lactescent, surchargé de vaisseaux.

Les vaisseaux principaux, l'artère et la veine poplitées, formant un cordon distinct, dense, dans lequel les vaisseaux étaient unis par du tissu cellulaire enflammé, infiltré de pus et de sérosité et pénétré de vaisseaux capillaires dilatés.

L'artère poplitée, fermée à son bout par un bouchon dense, appartenant évidemment au tissu cellulaire extérieur du vaisseau : le pus n'avait pas pénétré dans ce point, tandis que son infiltration se faisait remarquer dans tout le contour de l'artère, immédiatement au delà de ce seul point central.

Au dessus de ce bouchon, les parois de l'artère rétractées dans tous les sens et singulièrement épaissies : la cavité diminuée et la face intérieure, de couleur brune, chargée de rides circulaires. Cette même cavité occupée jusqu'à deux pouces et demi de hauteur, par un *sac pyogénique* complet, fermé haut et bas, épais, dense et rouge dans sa surface extérieure qui adhérait à la membrane interne de l'artère et qu'on en séparait aisément, pulpeux, floconneux et blanc vers sa surface intérieure, rempli de pus blanc et bien élaboré.

Au delà du sac pyogénique un caillot fibrineux, solidement attaché à l'extrémité supérieure de ce même sac, adhérant aussi au pourtour du vaisseau, et s'étendant un pouce plus loin.

La veine poplitée, fermée aussi par le tissu cellulaire de la surface du moignon; mais présentant un *magma*

de pus et de sang, renfermé dans la cavité du vaisseau, laquelle était tapissée par une couche pseudo-membraneuse formant supérieurement une clôture complète. Au dessus, un caillot assez consistant, paraissant avoir existé indépendamment du travail qui s'était accompli plus bas.

Ici, comme on le sait, la torsion n'a pas fait le même désordre que dans le fait précédent : il n'y a pas eu de séparation de la membrane interne de l'artère; elle a subi une section complète, comme le tissu fibreux, et le tissu cellulaire a seul été soumis à l'effort de rotation. Malgré cela, l'inflammation ne s'est pas moins emparée du tissu cellulaire tordu, et dans une grande étendue de la longueur du vaisseau, ainsi que de la membrane interne de l'artère, quoiqu'elle n'eût point participé aux violences de l'enveloppe extérieure. L'inflammation n'est pas douteuse dans l'artère, puisqu'elle renfermait ses produits les plus incontestables; mais il est évident qu'elle a existé aussi dans la veine, quoiqu'elle n'ait partagé en rien la torsion : les deux vaisseaux ont été séparés avec soin, on a isolé complètement l'artère de tout ce qui l'environnait. Il est manifeste, d'ailleurs, que l'inflammation de la veine est d'une date moins ancienne, puisque son extrémité était oblitérée. Si le tissu cellulaire commun, débordant par dessus la coupe de la veine, ne l'eût pas fermée avant que son inflammation ne fût née, sa lumière serait demeurée béante. C'est ainsi que l'on trouve tous les jours les extrémités des veines baignées dans le pus, remplies de la même humeur, dans les suites malheureuses d'amputations accompagnées de phlébite et où les moignons ont suppuré. Il est donc probable que l'artère s'est enflammée immédiatement, et qu'elle a transmis consécutivement l'inflammation à la veine.

Comment ces phénomènes donnent-ils lieu à l'œdème, qui s'est montré fidèlement avec eux? Cet accident résulte sans doute de la suspension de l'absorption par les veines : l'irritation se transmettrait donc tout aussitôt, de l'artère enflammée à la veine voisine; et il suffirait de ce premier degré de maladie dans cette dernière, pour troubler ses fonctions. L'œdème ne serait donc pas, dans tous les cas où il dépend d'une affection des veines, la preuve d'un embarras mécanique à la circulation dans ces vaisseaux. La veine poplitée s'est bien trouvée oblitérée, au moment de l'autopsie; mais elle n'a pas pu être en cet état dès le lendemain de l'opération; et l'œdème avait déjà paru alors. A la vérité il est une considération relative à la torsion elle-même, qu'il ne faut pas omettre: les deux vaisseaux sont plongés dans une masse commune de tissu cellulaire : malgré le soin recommandé et que nous n'avons pas manqué de prendre, parce que nous comprenons bien toute son importance, de séparer l'artère de tout ce qui l'entoure avant d'exercer sur elle les manœuvres de la torsion, il n'en est pas moins inévitable que le tissu cellulaire commun aux deux vaisseaux, continu avec celui que Bichat appelle *sous-artériel*, et qui n'est qu'une couche plus dense, partage promptement l'inflammation de ce dernier; et nous venons de montrer que dans celui-ci, l'inflammation s'est élevée jusqu'à la suppuration. Avec cette intensité et long-temps avant de l'avoir obtenue, l'inflammation a dû se propager au tissu cellulaire voisin de la veine, aux tissus de la veine elle-même : ainsi, la *phlébite* et l'irritation qui a dû la précéder, ont succédé assez rapidement à l'*artérite* qui l'a provoquée, ou plutôt aux violences exercées sur le tissu cellulaire *sous-artériel* à propos de la torsion.

Voici un autre fait qui, quoique moins malheureux que les précédens, n'est pas moins conforme sous le point capital dont il s'agit ici, et qui peut servir avec eux à faire apprécier par les praticiens la véritable valeur de la torsion des artères, pratiquée sur l'homme vivant.

Troisième observation.

Coup de feu à travers l'articulation du coude droit. — Amputation du bras. — Torsion des artères. — Inaptation des parties molles par la suture. — OEdème du moignon. — Réunion avortée. — Suppuration de la voie des vaisseaux. — Guérison.

Un jeune caporal du sixième régiment de ligne, reçut un coup de fusil chargé de deux balles, qui traversa l'articulation du coude droit, dans une direction oblique de dehors en dedans, en bas et en devant. Cette direction fit que les balles fracassèrent la totalité des surfaces articulaires, et que l'attrition des parties molles fut extrêmement étendue : il était évident que le membre ne pouvait être conservé, et l'amputation fut résolue et pratiquée sans délai, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital St-Éloi, vingt-quatre heures après l'accident.

Le membre fut coupé au dessus de l'insertion humérale du muscle deltoïde, pour s'élever au dessus de la portée de l'engorgement et de celle des ecchymoses profondes. Les parties molles furent réservées en abondance pour permettre leur inclinaison réciproque après l'opération. Les artères furent saisies, dépouillées, écrasées par la pince cylindrique, et tordues ensuite, tandis que les doigts assujettissaient le vaisseau, pour que la torsion n'intéressât que le tissu cellulaire sous-artériel dans le lieu même de la contusion. Le sang se trouva bien solidement arrêté; le moignon fut mis parfaitement à sec.

Alors les parties molles furent coaptées à la peau inclinée sur elle-même, de devant en arrière et réciproquement, fort assujetties par des points de suture.

Il fallait s'attendre à des accidens graves : nous ne fûmes nullement étonnés de voir survenir une tension remarquable de tous les membres, leur agitation convulsive, quelque trouble dans les idées, de l'assoupissement et des réveils en sursaut, etc., tous symptômes qui provenaient de l'ébranlement de l'ensemble des appareils nerveux. Mais, tout en donnant à ces symptômes et à leur cause, l'attention et les soins dont ils étaient susceptibles, un autre objet nous occupait particulièrement : l'œdème que nous avions observé dans les autres cas, se montrerait-il dans celui-ci ? Il parut en effet, et s'étendit rapidement à la totalité du moignon et à l'épaule. Il fut bientôt accompagné d'une tension, d'une rénitence propres à faire craindre l'inflammation prochaine de tout ce qui était engorgé. Nous nous empressâmes de dégorger tout ce qui était tendu, par des applications fréquentes d'un grand nombre de sangsues, et nous fûmes assez heureux pour réussir : l'engorgement quitta l'épaule, la région deltoïdienne, le pourtour du moignon, excepté le point correspondant aux vaisseaux, où il se maintint et d'où l'on exprimait dès le troisième jour, par la compression, d'assez grandes quantités de pus.

Cet orage avait fatigué les points de suture : il fallut supprimer ceux de l'angle interne et livrer les parties à elles-mêmes, qui l'écartèrent et découvrirent une surface suppurante assez étendue. A la faveur du dégorgement qui avait diminué le volume des parties molles du côté extérieur, les points de suture et la coaptation qu'ils y opéraient purent être conservés, et la réunion réussit dans ce point.

Enfin, tous les accidens ont cédé; le malade est sauvé; et aujourd'hui, vingt jours après l'amputation, la suppuration du moignon est bornée au trajet des vaisseaux, et la guérison est assurée.

Ce fait a été bien plus simple que les autres, quoique la blessure fût aussi grave que celle du sujet précédent. Il est heureux d'avoir pu mettre en comparaison, pour juger un procédé opératoire, deux cas à peu près semblables. Mais l'un et l'autre ont présenté, aussi bien que le premier, ce phénomène constant et remarquable, de l'œdème du moignon, nuisant à la réunion immédiate et annonçant une scène inflammatoire, dont les vaisseaux eux-mêmes sont le siége. Dans le dernier de ces trois faits, l'inflammation a été vaincue; l'œdème s'est dissipé avec elle; mais la suppuration qui s'est conservée dans le trajet des vaisseaux, une masse cylindrique qu'on y distingue encore et que l'on a pu y remarquer aussitôt que l'engorgement général du moignon a cédé, attestent bien que les vaisseaux ont été les premiers enflammés, que l'inflammation s'y conserve, qu'elle y durera autant que la plaie du moignon; et ce que l'autopsie des autres nous a appris ne permet guère de douter que la surface intérieure aussi bien que le tissu cellulaire extérieur des vaisseaux ont souffert, ont suppuré par l'effet même de la torsion (1).

---

(1) Notre collègue le professeur Lallemand a pratiqué aussi une amputation de cuisse, dans laquelle il avait fait la torsion des vaisseaux, procédé opératoire qu'il avait étudié à Paris avec l'inventeur lui-même. Son malade a succombé, et il rendra compte sans doute lui-même de ce qui s'est passé dans cette opération. Mais nous pouvons dire ici que lors de la nécropsie on remarqua une infiltration puru-

Il est possible, il est probable sans doute, que quelque partie du manuel opératoire nous aura échappé, et que nous n'aurons pas procédé avec la même habileté que l'inventeur. Cependant nous avons suivi les documens qu'il a publiés; nous avons recueilli de la bouche de tous ceux qui ont appris la torsion de l'auteur lui-même, notamment notre collègue Lallemand, ces traditions que l'on n'obtient qu'en pratiquant et qui ne s'écrivent guère, soit parce que l'on suppose que ces soins minutieux se devinent, soit parce qu'ils sont difficiles à transmettre par écrit.

D'un autre côté, les plus importantes de ces traditions consistent, 1° à isoler le vaisseau artériel que l'on veut oblitérer, de manière à n'agir que sur lui seul; 2° à borner la torsion au tissu cellulaire sous-artériel, à ne pas la laisser partager à la totalité du vaisseau; 3° à ne pas tordre jusqu'à rompre les parties sur lesquelles on agit, ou à faire un corps étranger du bout du vaisseau compris au dessous de la contusion. Or, nous pouvons assurer que nous avons mis tout le soin dont nous sommes capables, à isoler le vaisseau, surtout des veines voisines; à soutenir entre nos doigts le corps du vaisseau, tandis que nous en tordions le bout, et que bien certainement la torsion n'a eu lieu que dans le tissu cellulaire. L'hémostatie démontre d'ailleurs qu'il a dû en être ainsi : car si la totalité du vaisseau suit la rotation imprimée à l'extrémité seulement, il n'y a point de torsion

---

lente du tissu cellulaire sous-artériel. Ce fait nous a été attesté par des étudians qui ont assisté à l'examen des trois cadavres, et qui ont été frappés de cette similitude.

exercée sur le tissu cellulaire, le vaisseau se déroule du moment qu'il est abandonné à lui-même, et le sang n'est pas arrêté. Au lieu de cela, la torsion ayant été appliquée à chacun des vaisseaux qui se sont fait remarquer à la surface du moignon, cette même surface en a été mise parfaitement à sec. De même, on a pu voir par les détails de la nécropsie que le bouchon formé au bout de l'artère par la torsion de son tissu cellulaire s'est retrouvé à sa place : il n'a donc pas été rompu; il n'a donc pas été tordu avec excès, de manière à le faire tomber en mortification ; il est donc probable que l'opération a été faite selon les documens publiés, et même selon ceux que l'inventeur a suivis, soit dans ses expériences, soit dans son enseignement.

Ceci était important à démontrer ou à être rendu autant probable qu'il soit possible, dans une chose qui ne s'est pas passée sous les yeux de ceux qu'elle intéresse, surtout à cause de l'état d'isolement dans lequel s'est trouvée la membrane interne de l'artère, dans la première de nos observations. On pourrait croire qu'il a manqué quelque chose au procédé d'exécution : que, par exemple, le vaisseau n'ayant pas été soumis à une contusion assez exacte, la membrane interne n'en ayant pas été divisée dans toute la circonférence, elle aurait pu être entraînée dans la torsion et séparée de la sorte, dans une assez grande longueur de l'artère. Mais nous ferons remarquer que, dans la nécropsie, on a pu voir distinctement la coupe complète de la membrane interne, dans toute sa circonférence; que la séparation de la membrane avec le tissu fibreux n'a pas eu lieu dans toute la circonférence, mais dans les quatre cinquièmes seulement, le point d'adhérence qui s'était conservé formant une

ligne continue et répondant partout à la même paroi : circonstance difficile à concilier avec l'idée d'une séparation qui aurait été opérée par la torsion; que le sac formé par la membrane interne libre, faisant l'office de chemise autour du caillot, ne présentait pas la moindre trace de torsion. Pouvait-on croire qu'il se serait restitué après que les efforts rotateurs auraient cessé? Mais la restitution aurait été commune avec le bout de l'artère tordue; et alors le sang aurait coulé, ce qui n'est pas arrivé. Penserait-on que la continuité de la membrane interne existait au moment où la torsion était opérée et qu'elle a cessé depuis? Mais la restitution serait-elle complète? Que l'on songe, d'ailleurs, que la membrane interne tient encore au tissu fibreux par un cinquième de sa circonférence; ce qui exclut toute idée de torsion qu'elle aurait pu partager avec le bout du vaisseau. Il nous semble impossible de ne pas admettre que, des violences auxquelles l'artère a été soumise par la torsion, est résultée consécutivement cette séparation de sa tunique interne, comme l'inflammation et la suppuration de cette même tunique et du tissu cellulaire sous-artériel. Il doit donc demeurer bien établi, par les faits que nous venons d'exposer, que le procédé de la torsion des artères peut donner lieu, donne lieu le plus souvent, dans l'homme, à l'inflammation, à la suppuration des tissus artériels; que ces mêmes conséquences peuvent s'étendre aux veines voisines, bien qu'elles n'aient nullement été comprises dans les manœuvres de la torsion; que soit immédiatement, soit par des conséquences plus ou moins prochaines, la torsion peut faire ou entraîner des désordres encore peu connus, et capables de nuire au but qu'on se propose ou de créer de véritables dangers.

Ces inconvéniens ne sont pas propres à la torsion : ils doivent être communs à toute violence exercée sur les vaisseaux dans l'intention d'en oblitérer la cavité, parce que l'oblitération ne peut être accomplie qu'à la faveur de l'inflammation, selon le témoignage unanime de toutes les recherches expérimentales faites sur ce même sujet. Mais ces inconvéniens sont-ils moindres dans l'usage de la torsion ou dans celui des ligatures? c'est là le point véritable de la question.

Si nous analysons les choses comparées, nous trouverons qu'un fil mince, le plus mince possible, comme il est convenu de l'employer aujourd'hui, d'après le témoignage de l'expérience, opère bien sur une artère des lésions semblables à celles que produit la torsion, mais que la ligature les étend beaucoup moins. Ainsi une anse de fil, rassemblant violemment en un seul point central toutes les tuniques artérielles, opère la rupture des deux propres, mais dans un point très-limité; le tissu cellulaire sous-artériel lui résiste, il est serré en forme de bourse, il est pressé par le lien qui en maintient les parois en contact, mais en un point fort peu étendu et proportionné seulement à l'épaisseur du fil. Là il y aura inflammation, section par l'absorption des parties pressées : peut-être l'inflammation se propagera-t-elle; peut-être le tissu cellulaire soumis à la constriction ne sera-t-il pas oblitéré lorsque le lien tombera; peut-être ce même tissu sera-t-il frappé de mort dans une certaine étendue du vaisseau et tombera-t-il avec la ligature. Voilà les conséquences connues des ligatures : voyons celles de la torsion. La contusion du vaisseau par les branches cylindriques d'une pince est peu étendue, sans doute, mais nécessairement plus que celle d'un lien mince, du fil de

soie, par exemple. Rien ne démontre que la section des tissus propres doive être plus complète par cette contusion, que par la constriction circulaire d'un lien étroit; s'il fallait même se décider, non par les probabilités, mais par l'expérience, la constriction circulaire paraîtrait préférable sous ce rapport. Nous en avions bien jugé de la sorte dans les divers essais que nous en avions fait et vu faire; mais nous avions dû compter sur la torsion pour compléter cette solution de continuité, et l'expérience avait confirmé cette prévision. Mais la torsion, qui remplace la pression circulaire de la ligature a une toute autre manière d'agir qu'elle: pour *se vriller* en spirales serrés, au dessous du point où les tuniques propres du vaisseau ont éprouvé une solution de continuité, il ne suffit pas que le tissu cellulaire sous-artériel soit incliné de tous les points de la circonférence vers un point central comme par la pression circulaire de la ligature; il faut qu'il se laisse distendre et déplacer, entre le point saisi et fortement contenu par les doigts et celui que la pince tord; il doit former autant de pas de vis dans cet espace étroit qu'on fait exécuterau bout tordu de révolutions entières. Il est impossible que le tissu cellulaire du vaisseau, dans la partie que la main gauche soutient, ne soit pas appelé vers le point de la torsion et par la torsion elle-même: on le sent sous les doigts qui contiennent le vaisseau et qui ont besoin d'une grande force pour remplir cette condition; le vaisseau est contenu, mais le tissu cellulaire glisse sous les doigts, il est véritablement *filé* par le procédé opératoire. Il y a donc là une lésion beaucoup plus étendue; et si dans l'un et l'autre procédé, l'inflammation doit naître, peut se propager, s'étendre à une veine voisine, risquer de suppurer, d'amener la

rupture anticipée, la mortification même du tissu cellulaire soumis aux manœuvres opératoires, on sent bien que ces mêmes chances ont quelques motifs de plus dans la torsion que dans la ligature.

Nous l'avons déjà dit, nous avions espéré voir accroître par la torsion les chances du succès de la réunion immédiate de toute sorte de plaies récentes ; et dans une de nos leçons nous avions dit : « Si les avantages et la » sécurité de la torsion des artères se confirment, dans » l'application à l'espèce humaine, c'est un des plus » grands progrès de la chirurgie ; et si l'on peut ainsi » oblitérer des vaisseaux artériels sans laisser des corps » étrangers dans une plaie, il ne reste plus d'objection » valable contre la réunion immédiate. » On vient de voir les résultats : si le témoignage de l'expérience ne se dément pas, il est clair que l'inflammation du tissu cellulaire sous-artériel est plus vive après la torsion que celle que déterminent les ligatures ; qu'elle donne lieu, probablement en se propageant aux veines voisines, à un engorgement qui rend impossible la paisible coaptation des parties molles, et la réunion pour laquelle elle est pratiquée ; que l'inflammation en se propageant, l'engorgement en surchargeant les parties, étalent la plaie, exposent à l'air toute sa surface et conservent une voie purulente plus ou moins profonde dans le trajet des vaisseaux, et qui doit se conserver long-temps. Il n'est pas probable que la suppuration de l'intérieur des vaisseaux artériels et veineux, soit plus rare après la torsion qu'après la ligature : nous ne l'avons jamais vue dans les artères ; nous n'avons eu qu'une occasion de la signaler comme suite de la ligature, dans la veine jugulaire interne. Il est indubitable que, dans les cas de coups de

feu avec commotion, où le tissu cellulaire sous-artériel ne résiste pas à la pression d'une ligature et tombe avec le lien, laissant le vaisseau ouvert et donnant lieu à une hémorragie grave et inattendue, cet accident arrivera, que l'on ait pratiqué la ligature ou la torsion. Nous avons publié des exemples de cette espèce d'accident, survenus à la suite de l'amputation, qui nous ont servi à fonder, comme ressource préférable dans ces cas, le précepte pratique de la ligature indirecte; et nous pouvons assurer que, dans les cas de cette espèce, nous n'avions rencontré aucune difficulté particulière pour lier ce vaisseau : il ne s'était rien passé dans l'opération qui put faire mal augurer de son succès. C'est la commotion, la violence de l'ébranlement général, qui a frappé de stupeur le tissn cellulaire, qui l'a rendu impropre à l'inflammation et l'a fait succomber à la moindre épreuve : si celle de la ligature a suffi pour le mortifier, il est plus que douteux que celle de la torsion doive le laisser vivre.

Enfin, Scarpa a observé, et plusieurs autres avant lui, que la ligature d'une artère, lorsqu'elle est trop serrée, donne lieu à la suppuration du tissu cellulaire sous-artériel et à la formation d'abcès sur le trajet du vaisseau. Que cet accident eût succédé à la ligature telle que le Nestor de la chirurgie de l'Europe la pratiquait, avec l'interposition d'un corps étranger, il n'y aurait rien de fort étonnant; mais il l'a noté, cet accident, même dans la pratique de ceux qui opéraient autrement. C'est donc bien la constriction simple, mais excessive, d'un vaisseau, qui a pu enflammer sa tunique celluleuse extérieure et donner lieu à la suppuration. Or nous n'en sommes pas à prouver que la torsion d'une artère peut produire le même effet : nos observations le démontrent;

et la démonstration s'applique à trois cas sur quatre. Ce n'est donc pas quelquefois, mais bien le plus souvent, que, dans son application sur l'homme, la torsion des artères produit cet effet; et la chose ne présentera rien d'étonnant, si l'on a prêté quelque attention aux faits et aux démonstrations que nous venons d'exposer. Y aurait-il moyen d'éluder un semblable inconvénient? Quand il s'agit de ligatures, on a pu rédiger le précepte en ces termes : « Rompre les tuniques propres d'une artère par » l'action circulaire d'un lien; rapprocher et tenir en » contact par le même agent tous les points du contour » de la tunique celluleuse; faire que cette pression en» flamme, au point de les unir, de les confondre solide» ment, les parois de cette dernière : telles sont les con» ditions du succès d'une ligature. Or, quelle que soit » la densité des tissus propres d'un vaisseau artériel, il » est un point de pression, de la part d'un lien circu» laire, qui suffira pour les rompre, ou pour les écra» ser, les diviser enfin, par la pression : à ce point, le » lien s'ensevelit dans une rainure profonde qui le dé» robe presque à la vue; les deux côtés de la section des » tuniques propres forment chacun un bourrelet qui » surmonte cette même rainure; et au moment où la » section s'opère, la main distingue une secousse qui » l'annonce. » C'en est fait alors, le but est rempli, et des signes certains le démontrent. On peut apprendre à régler le degré de constriction d'un lien circulaire et pourvoir à ce qu'il n'ait rien d'excessif. Peut-on en user ainsi dans la torsion? Rien ne peut apprendre à en régler, ni même à en connaître l'intensité : on est donc exposé sans défense aux excès d'une manœuvre faite pour obtenir, par la violence même, des effets médicateurs.

Que l'on ne perde pas de vue que nous n'avons pas pris à tâche le dénigrement d'un procédé opératoire : personne n'est plus disposé que nous à favoriser les progrès d'un art que nous cultivons avec orgueil. Nous avons le premier accueilli des espérances d'une haute importance que la torsion des artères semblait promettre de remplir ; nous l'avons étudiée dans cette vue ; nous l'avons pratiquée sur l'homme vivant sans la moindre prévention, mais décidé à observer attentivement les résultats, comme nous sommes dans l'usage de le faire, par goût et par devoir. Nous nous croyons obligé à publier ce que nous avons vu, parce que nos observations sont faites de bonne foi et qu'elles offrent la garantie des témoins qui les ont faites avec nous et qui ont joint leur attention à la nôtre. Nous souhaitons sincèrement que de nouvelles recherches puissent apprendre par quels soins on pourra ôter à la torsion des artères les inconvéniens qu'elle nous paraît avoir encore, et comment on pourra arrêter solidement une hémorragie sans laisser un corps étranger engagé dans une plaie et en conservant la liberté d'en rapprocher immédiatement les côtés, et l'espérance fondée d'en provoquer, d'en obtenir la réunion immédiate. Ce but désirable, nous pouvons assurer, et tous nos élèves l'attestent, que nous l'obtenons le plus souvent avec l'usage des ligatures. Mais si quelque chose nuit à ce résultat, dans quelques cas, c'est bien certainement l'interposition des ligatures (1) ; elles ont au moins

(1) Nous négligeons à dessein de faire mention de l'interposition d'une languette de linge dans un angle de la plaie dont on rapproche les côtés : contradiction dérisoire dans le projet de réunir des parties que l'on commence par séparer ! il serait bien étrange que de pareilles réunions eussent jamais réussi.

l'inconvénient de réserver une voie par laquelle, comme nous l'avons démontré (1), une contagion peut s'exercer, lorsqu'on est obligé d'opérer au milieu de circonstances aussi défavorables. La découverte qui donnera la liberté de supprimer l'interposition des ligatures des vaisseaux, rendra un grand service à la chirurgie pratique, en étendra singulièrement l'utilité : nous ne croyons pas que l'art possède encore ce perfectionnement ; il est encore au nombre des *desiderata*.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Précis historique de la fièvre, rattaché à l'histoire philosophique de la médecine; par THOMAS DAGOUMER. Brochure in-8 de 210 pages. Paris, 1831.

Habitués que nous sommes depuis plus d'une dizaine d'années à voir se succéder des livres qui n'ont guère de scientifiqne que le nom, c'est un événement qui doit nous causer quelque surprise que l'apparition d'une brochure où l'on ne trouve ni observations longuement détaillées, ni lieux communs insignifians, ni arithmétique prétentieuse et tout-à-fait vide de résultats pratiques.

---

(1) Recherches sur la complication des plaies et des ulcères connue sous le nom de pourriture d'hôpital.

Mais de la surprise il faut bientôt passer à l'admiration, quand, sous le nom d'un auteur inconnu jusque là et avec date de 1831, on voit paraître un livre aussi sagement pensé que bien écrit, dans lequel et le fond et la forme rappellent la manière de nos grands maîtres du dix-septième et du dix-huitième siècle. Encore tout abruti, si j'ose ainsi dire, par les minuties de ces nombreux écrivains, qui semblent, soit par impuissance, soit par travers d'esprit, avoir annihilé autant qu'il dépendait d'eux la faculté du raisonnement donnée à notre espèce, je me suis relevé avec une sorte d'orgueil après avoir lu l'ouvrage de M. Thomas Dagoumer : Dieu soit loué ! me suis-je dit ; nous avons encore des hommes qui pensent ! Je ne donnerai point une analyse détaillée de ce livre, plus fait pour stimuler et réveiller les esprits, en leur rappelant les voies de la saine philosophie, que pour fournir aux lecteurs paresseux des recherches toutes faites et des matériaux tout préparés ; je me bornerai à justifier mes éloges par quelques citations. Après avoir rapporté les opinions des principaux auteurs classiques sur la fièvre, et signalé cette différence importante entre la pratique d'Hippocrate, qui ne jugeait de l'état fébrile que par la chaleur du corps (sans tâter le pouls), et celle de Galien, qui définissait la fièvre : « Un changement de température avec accélération et augmentation du pouls, » l'auteur s'arrête un moment sur les difficultés que présente l'interprétation des écrits des anciens.

« Une des plus grandes, dit-il (pag. 43), serait : 1° de ne pas prêter à Hippocrate des choses auxquelles il n'a pu penser, c'est-à-dire, des vues, des intentions et des connaissances que la suite des temps a fait éclore et qui par conséquent sont venues après lui ; 2° de le dégager de

tout ce que chacun a pu lui prêter ou pourrait lui prêter d'après ses connaissances et sa manière de voir en médecine; 3° de le connaître d'après les diverses interprétations des médecins qui se sont servis de son nom pour fonder leur autorité en médecine, se permettant de restreindre ou d'étendre le sens de ses paroles et de son discours, selon leur manière de voir et selon l'intérêt de leur doctrine. »

Pour joindre l'exemple au précepte, M. Thomas Dagoumer donne lui-même l'interprétation de deux passages du *Traité du Régime d'*HIPPOCRATE, qui, ainsi que beaucoup d'autres, n'ont point été compris. « Au moyen de l'emprunt fait à la philosophie et à l'astronomie, et d'après ses observations particulières, la médecine put assimiler le mouvement de la vie à celui des corps célestes, et elle dut admettre une circulation générale des humeurs. La vie fut alors regardée comme fluant dans un cercle, c'est-à-dire s'accomplissant en rond, de même que les révolutions sidérales. Voilà peut-être une des raisons pour lesquelles Hippocrate estime la connaissance de l'astromonie comme très-profitable à l'art de la médecine, et pourquoi ce grand homme compare le flux de la vie et ses révolutions successives, tantôt au mouvement de l'ourdissoir ou de la roue du potier de terre, tantôt à l'orbe que les astres décrivent dans leur cours. Les ourdisseurs ou les tisserands, dit-il, plient leur fil en rond. Chaque tour recommence ce qu'a fait le tour précédent. Les mêmes révolutions ont lieu dans le corps; elles finissent là où elles ont commencé. Les potiers de terre font mouvoir leur roue fixée sur son pivot; en tournant elle imite le mouvement de l'univers. Sur elle, et au moyen du mouvement de rotation, on fait toutes

sortes d'ouvrages différens. Des mêmes causes résultent les mêmes effets dans l'homme et les animaux : tout se fait en eux par un mouvement circulaire, et dans ce mouvement les mêmes instrumens convertissent l'humide en sec et le sec en humide sans rien faire de semblable.

» Nous pouvons le dire, ces deux passages n'ont point été compris. La comparaison de l'homme avec le dévidoir ou la roue du potier de terre, a paru indigne d'Hippocrate ; celle du monde, pris pour modèle ou archétype de l'homme, a été jugée hors de toute proportion et de toute vraisemblance. Tel devait être le jugement porté par la multitude : ceux qui pouvaient à peine trouver le point de contact des choses qui se touchent, étaient bien éloignés de concevoir la réalité des rapports très-prochains qui se trouvent établis entre des sujets qu'une distance incommensurable sépare. Pour ceux qui voudront pénétrer le sens de ces comparaisons et se convaincre de leur justesse, ils réfléchiront que tout système de corps destiné à se mouvoir d'un mouvement progressif continuel, ne peut se mouvoir ainsi que dans un cercle, c'est-à-dire en se perpétuant par des révolutions successives et toutes semblables ; ils remarqueront ensuite, par une conséquence nécessaire de ce principe qui est de toute évidence, que la terre et les planètes tournent autour du soleil en décrivant des cercles ; que le sang part du cœur et revient au cœur par le moyen d'une révolution ; que les roues d'une montre tournent incessamment sur leur pivot. Ils reconnaîtront alors que la mécanique céleste, la mécanique de la vie animale et celle inventée par les hommes à l'imitation des deux autres, sont toutes fondées essentiellement sur un même principe, qui est celui du cercle. Parvenus à ce point, ils seront tous sur-

pris de retrouver dans les deux passages oubliés que nous venons de rapporter le secret de la philosophie des anciens, en ce qui concerne le mécanisme de la vie animale, c'est-à-dire la plus grande et la plus importante des fonctions, celle en un mot à laquelle se rattachent toutes les autres qui n'ont d'existence que par elle. Ainsi donc les comparaisons employées par Hippocrate, qui paraissaient si bizarres et si extraordinaires au premier abord, se trouvent être, après un examen approfondi, des comparaisons très-justes et d'une exactitude rigoureuse. » (Pag. 83.)

Après la longue citation que nous venons de faire, le passage suivant trouvera naturellement sa place.

« Nous nous sommes appliqués, dit l'auteur (p. 109), à connaître les secours que la médecine a tirés de son alliance avec la philosophie et de la comparaison qu'elle a établie entre l'homme et la machine du monde. Une vérité, selon nous, qui découle de nos recherches, est que le système des connaissances chez les anciens était autre que celui des connaissances modernes. Toutes les branches de la science se rattachaient à un tronc commun ou découlaient d'une même source; tandis que celles des modernes ne communiquent que par leurs faces latérales : elles semblent avoir une origine différente.

» L'antiquité était aussi moins savante de cette science qui s'acquiert par le secours des instrumens, du calcul et des expériences délicates; en un mot par tous les moyens d'investigation facile qui sont à notre usage; mais en revanche elle était plus riche de cette autre science qui s'agrandit par la constance de l'observation, par l'unité de vue qui dirigeait les premiers sages, par la méditation des grands phénomènes de la nature, et

surtout par le respect religieux pour ce qui avait été fait. Ces hommes prodigieux cherchaient à embrasser l'univers par la pensée, tandis que nous perdons dans les décombres des choses que nous soumettons à l'analyse. Nous voulons tout savoir, tout expliquer, tout peser, tout calculer, tout soumettre à nos méthodes factices, et une attention exclusive donnée aux plus petites choses fait perdre de vue celles qui sont d'un ordre élevé et d'un intérêt principal. »

On lira avec intérêt dans cet ouvrage (pag. 191) un portrait d'Asclépiades tracé de main de maître : « Alors (pag. 194) la raison n'était plus écoutée à Rome; la religion était sans empire; tout était corruption et désordre. Asclépiades comprit que la vraie médecine était inutile aux Romains, ils n'en étaient pas dignes; et que pour parvenir à ses desseins, il fallait flatter leurs passions, caresser leurs faiblesses et applaudir à leur folie. »

A l'occasion de Thémison, disciple d'Asclépiade et contemporain de Musa, médecin d'Auguste, l'auteur fait quelques réflexions qui m'ont paru très-judicieuses et par lesquelles je mettrai fin à mes citations.

« La doctrine des méthodistes (pag. 202 et suiv.) partage le vice de tous les systèmes de médecine; mais nous remarquerons qu'il lui appartient spécialement d'exposer les médecins à donner tantôt dans un excès, tantôt dans l'excès contraire, sans qu'il leur soit permis de garder un juste milieu ou de se placer au point que les circonstances de chaque moment exigent..... S'il était permis de rapprocher l'époque où nous vivons de celle des Thémison et des Musa, nous verrions la même versatilité se reproduire dans l'exercice de la médecine par les mêmes causes.

» Depuis qu'Hoffmann a ressuscité la doctrine des méthodistes en établissant celle du spasme et de l'atonie, on a vu les médecins passer brusquement de la méthode la plus excitante à celle qui est la plus débilitante. Exemple inconcevable : il n'y a pas encore dix ans qu'on faisait un étrange abus du quinquina, du camphre, des vésicatoires et des vins généreux; aujourd'hui il n'est plus question de tout cela : on trouve à peine en France assez de sangsues et de gomme arabique pour l'usage des malades, et cela est dit avoir fait faire à la médecine un grand pas!

» Au milieu de ces révolutions opérées dans la médecine et qui marchaient, chose remarquable, de pair avec les événemens du temps et ces terribles révolutions dont Rome était agitée, la doctrine du vieillard devait être tombée dans l'oubli et même dans le discrédit avec une apparence de raison : car, dans l'état où se trouvaient les habitans de Rome, les observations d'Hippocrate pouvaient paraître inexactes ou imaginaires. La doctrine des crises pouvait être contestée. Le désordre moral qui s'était introduit dans la grande cité entraînait inévitablement un désordre non moins grand dans l'homme physique. A Rome comme dans Paris et dans les grandes villes de notre temps, à des générations fortes et vigoureuses avaient succédé des générations bâtardes, qu'affaiblissait chaque jour une civilisation devenue funeste par son excès. Des tableaux tracés d'après l'homme de la nature devaient manquer de justesse lorsqu'on voulait les retrouver dans l'espèce dégradée. Dans ces temps-là comme dans le nôtre, les observations de médecine ne présentaient plus l'homme de tous les temps, mais seulement l'état de l'homme du moment. Alors, dans ces

temps-là comme dans le nôtre, la médecine devait être toute d'exception. Il est à regretter que quelque médecin philosophe n'ait pas tracé de main de maître le tableau particulier des changemens opérés dans l'homme physique par la civilisation arrivée au point où elle se trouvait sous les empereurs. Ce sujet méritait d'être traité. Le tableau de ces changemens n'aurait point été perdu, ou plutôt il aurait été d'un grand secours pour les temps où nous vivons, à cause de l'analogie que ces deux époques peuvent avoir entre elles. Malgré la différence du climat, des mœurs et d'une foule de causes particulières qui appartiennent à chaque temps et à chaque peuple, il est digne de remarque qu'à Paris comme à Rome, du temps des Thémison, des Musa et d'autres, Hippocrate jouit de peu de faveur, ou plutôt qu'il n'est point compris peut-être par les mêmes raisons qui le dépréciaient aux yeux des médecins de Rome ancienne.

» Une des grandes erreurs de ces temps, ce fut celle de croire que la médecine pouvait être recommencée par tous ceux qui voudraient l'entreprendre, et qu'elle pouvait être fondée sur des bases autres que celles établies. Cette erreur, qui avait sa source non pas dans la philosophie, ainsi que je l'ai déjà fait observer, mais dans l'abus de l'esprit et du faux savoir, suscité par l'ambition de la gloire et des richesses, fut très-funeste dans ses conséquences. »

J'engage tous ceux de nos lecteurs qui font cas de l'instruction en médecine et qui ne dédaignent pas l'usage du raisonnement, à lire et à méditer la brochure de M. Thomas Dagoumer. G.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Doctrine physiologique des épidémies. — *Entité* grippe *et entité* choléra. — *Médecine* sangsuante. — *Cure radicale des hernies.* — *Rage traitée par l'acide hydrocyanique.* — *Accroissement rapide à la suite des maladies aiguës.* — *Émission d'hydatides avec les urines.* — *Imperforation de l'anus.* — *Consultation médico-légale sur la mort du prince de Condé.*

Annales de la Médecine Physiologique; par M. Broussais (juin 1831).

I. *Constitution médicale ou maladies régnantes.* — *Quelques mots sur la grippe et sur les premières victimes des maladies épidémiques.* — A propos des affections catarrhales qui ont régné épidémiquement dans le mois de juin, sous l'influence presque constante des vents du nord et de l'est, l'auteur reprend et ressasse toutes ses idées favorites sur l'*irritation*, pour en composer une doctrine des épidémies qui peut se résumer en ces termes :

Une épidémie est une maladie comme une autre, qui n'a rien de spécifique ni de spécial, et qu'il faut bien se garder de distinguer par un nom particulier, de peur d'en faire une *entité*; ce qui serait très-fâcheux, sinon pour les malades, au moins pour la doctrine physiologique.

Une maladie épidémique est toujours, dans le principe, une gastrite, une bronchite, une colite, en un mot une phlegmasie qui *cède* (ou doit céder) *avec une extrême facilité à l'effet des médications antiphlogistiques... Lorsque le froid ne renouvelle pas sans cesse les congestions inflammatoires, la médication*

directe les enlève avec facilité. Voilà le mot : que ceux qui savent raisonner en profitent.

Rien de plus clair et de plus positif. Nous ne demandons pas mieux que d'en profiter s'il se peut...

Faisant ensuite l'application de ces principes à l'épidémie du mois de juin dernier, M. Broussais affirme que « c'est surtout » au défaut ou à l'insuffisance des saignées qu'il faut attribuer » les morts occasionées par ce qu'on s'est avisé d'appeler la » *grippe.* »

Cependant il a perdu lui-même, en dix à douze jours, et malgré les soins les plus *antiphlogistiques*, une dame âgée de soixante ans, qu'il avait vu guérir, l'hiver précédent, *d'une bronchite aiguë des plus intenses, accompagnée de gastrite aiguë, le tout avec un mouvement fébrile des plus prononcés.* « Est-ce donc, s'écrie-t-il, parce que le catarrhe de l'été de » 1831 est plus terrible que ceux de l'hiver dernier? Eh » non! mille fois non! nous en avons la preuve par tous » les individus bien constitués qui guérissent beaucoup plus vite » qu'il ne leur arrive d'ordinaire dans la saison froide : c'est » donc tout simplement parce que la bronchite du mois de juin » 1831 s'est déclarée dans un appareil respiratoire plus altéré » par l'irritation chronique qu'il ne l'était dans les derniers » mois de 1830. Voilà tout le mystère ; et il s'applique à toutes » les épidémies grandes ou petites. »

Et voilà que notre auteur, entraîné par sa verve systématique, conclut, sans autre formalité, du particulier au général, et ne voit plus dans les victimes de la grippe que des *porteurs de phlegmasies chroniques, de subinflammations, d'irritations de tout genre, et d'altérations nutritives,* qui devaient nécessairement succomber aux *premiers coups de la première épidémie.*

« Assurément, ajoute-t-il, tous les individus de notre espèce » ne portent pas des phlegmasies ou des subinflammations qui » préparent la démolition de leurs viscères ; mais, pour le sûr, » un grand nombre en sont porteurs, comme peuvent l'attester » les anatomo-pathologistes ; et c'est une grave erreur de mettre

» sur le compte de l'état aigu toutes les catastrophes qu'on voit » se déclarer pendant son cours ; car dans un grand nombre de » cas il n'en est, à proprement parler, que l'occasion...

» Lorsque l'irritation se développe dans un grand viscère, » elle épargne rarement les autres : aussi la tête et les voies gas- » triques surtout ont-elles souvent participé aux irritations et » aux congestions inflammatoires. Comme d'ailleurs l'estomac » devient plus irritable en été, quelques sujets ont présenté des » gastralgies et des vomissemens assez forts.

» De là, cette terreur du *choléra-morbus* ou cette sorte d'é- » pidémie morale qui s'empare présentement de tous les peu- » ples d'Europe. L'entité *grippe* a bientôt été érigée en précur- » seur de l'entité *choléra*, dont une foule de personnes attendent » la visite dans le recueillement de l'effroi. Assurément, si les » chaleurs de juillet et d'août font quelque noble victime qui » périsse avec les symptômes du *choléra* sur un théâtre élevé, » on ne manquera pas de pousser un cri de contagion, et toutes » les morts violentes seront mises sur le compte de l'entité » asiatique. »

M. Broussais aimerait mieux sans doute les mettre sur le compte de l'entité *irritation*... Il ne faut pas disputer des goûts. Mais qui ne voit, dans ces singuliers raisonnemens, le cercle vicieux et la pétition de principes que nous signalions naguère en faisant connaître des raisonnemens analogues du même auteur (1)?

II. *Rapport sur le service médical des salles* 13 *et* 22, *à M. le médecin en chef du Val-de-Grâce, par* Casimir Broussais, *médecin adjoint, pendant le mois de juin* 1831. — Ce rapport, que M. Broussais père recommande à l'attention de ses lecteurs, peut prouver que la médecine *sangsuante* n'a rien perdu de sa pureté ni de son énergie dans la tradition du père au fils. C'est par *centaine* que M. Casimir Broussais prescrit les sangsues ; et si le malade meurt le jour même ou le lendemain

(1) *Voyez* le précédent cahier de la *Revue*, pag. 447.

de cette *sangui-succion* (comme il est arrivé dans trois cas de fièvres continues très-graves, dont les détails sont consignés dans ce rapport), il en conclut ingénument qu'il était *impossible d'arrêter une si terrible maladie;* et la preuve, c'est qu'il ne l'a pas *arrêtée* avec ses sangsues :

Si Pergama dextrâ
Defendi possent, hâc etiam defensa fuissent.

Impossible!... ce mot est bien fatal, et bien peu philosophique, lorsqu'il s'applique à la curabilité d'une maladie aiguë, où l'anatomie pathologique ne nous montre que des désordres matériels très-facilement réparables, tels que rougeurs, injections vasculaires, congestions sanguines ou séreuses, exhalations accidentelles, etc., sans aucune désorganisation des tissus vivans. Ne serait-il pas plus juste et plus consciencieux de se demander si l'on n'a pas à craindre de tuer son homme du coup, lorsque cet homme est déjà moribond, en le faisant mordre *au cou et sur le trajet des jugulaires* par une centaine de bêtes, qui peuvent lui enlever, dans quelques heures, la quantité énorme de cinq à six livres de sang? Nous engageons M. Casimir Broussais à y penser sérieusement; et peut-être qu'à l'avenir il sera moins prodigue du sang de ses malades.

Le tableau des maladies traitées dans les deux salles de ce médecin pendant le mois de juin se résume ainsi qu'il suit :

Restans le 1er juin. . .	134	Sortis.	150
Entrés dans le mois. . .	123	Morts.	10
	257	Restans le 30. .	97
			257

Mortalité,

1 sur 25 1/10.

Mais, en retranchant les 56 vénériens évacués dans un autre service :

1 sur 20 1/10.

Ajoutons, que, pour conclure quelque chose de ces chiffres relati-

vement à l'efficacité des traitemens employés, il faudrait avoir quelques données sur la gravité et les chances de mortalité des maladies qui figurent dans le tableau sous les dénominations (physiologiques et non médicales) de *gastro-entérites*, *irritations céphaliques*, *irritations gastriques*, etc. Or ces données ne sont nullement indiquées dans le rapport. C'est ainsi que les chiffres en médecine sont presque toujours insignifians.... ou menteurs. (R. C.)

Archives générales de médecine. (Septembre 1831.)

I. *Mémoire sur la théorie et la cure radicale des hernies; par* F.-P. RAVIN, D.-M. P. *adjoint correspondant de l'Académie, etc.*

> Chose admirable, que nature guarisse des maux estimés incurables, si elle est tant soit peu aydée !
> (AMBR. PARÉ, l. 8, c. 15, *de la Curation des hargnies.*)

Ce mémoire contient de nouveaux faits à l'appui de la méthode de traitement conseillée par l'auteur dans son *Essai sur la théorie des hernies.* Le coucher en supination, prolongé pendant un temps variable, dont le terme moyen a paru être d'un à deux mois, et l'application d'un bandage continué quelque temps après la guérison, tels sont les deux moyens à l'aide desquels il paraît hors de doute que l'on peut obtenir la cure radicale des hernies réductibles. L'auteur a d'ailleurs rappelé au souvenir des praticiens des exemples et des préceptes empruntés à plusieurs chirurgiens célèbres, bien propres à encourager ceux qui voudraient tenter le succès de cette méthode.

II. *Observation de rage traitée sans succès par l'acide hydrocyanique et le cyanure de potassium; par* M. BONNET, *interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.* — Un homme, âgé de trente-six ans, est mordu dans les premiers jours de juin, au cou et à la lèvre inférieure, par un chat qu'il avait rencontré dans la rue

et recueilli chez lui. La plaie guérit, sans laisser de trace. L'individu continue ses travaux pendant trois mois, jouissant d'une santé robuste, et n'ayant éprouvé d'autre accident qu'une gêne dans la déglutition qui se fit sentir pendant les quinze jours qui précédèrent le lundi 5 septembre. Ce jour-là il se leva, comme de coutume, à quatre heures du matin, et se rendit sur le boulevard du Temple où il vendait des gâteaux. Il parut à ceux qui l'entouraient dans son état habituel. Cependant ses amis lui ayant offert à boire, il repoussa le liquide, contractant les bras d'une manière convulsive et portant avec force la tête en arrière. Le même sentiment d'horreur pour les boissons se manifesta toutes les fois qu'il lui en fut présenté pendant la journée. La nuit fut agitée, et plusieurs fois il invita sa femme à se retirer, lui disant qu'il allait la mordre. Le lendemain il fut plus calme; mais dans la nuit survinrent plusieurs accès convulsifs dans lesquels il manifestait l'envie de mordre. Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu à dix heures du matin, après deux jours de maladie. La rage était alors parfaitement caractérisée (on n'observa plus d'envies de mordre). A dix heures trois quarts, l'emploi de l'acide prussique ayant été résolu, on appliqua sur la peau de l'abdomen, excoriée en quelques minutes par la pommade ammoniacale, deux compresses imbibées d'une solution d'un gros de cyanure de potassium dans quatre onces d'eau. La moitié de cette solution fut employée; on attendit cinq à six minutes sans qu'aucun effet remarquable se fût manifesté; on demanda alors au malade s'il voulait boire: il répondit d'une manière très-intelligible, qu'il le voulait bien. On lui plaça alors dans la bouche une cuillerée contenant trente-six gouttes d'acide hydrocyanique au sixième, c'est-à-dire six gouttes d'acide hydrocyanique pur (dose capable de produire la mort instantanée chez un homme sain); il les avala parfaitement : c'était à onze heures et quart. Les mouvemens convulsifs cessèrent; et, deux minutes après, il se laissa aller sur le dos; sa respiration changea de caractère et devint analogue à celle des agonisans; le pouls devint insensible; enfin on put croire que la mort était immi-

nente : cependant ces symptômes graves avaient disparu au bout de huit minutes, remplacés par une sueur abondante, avec immobilité des yeux, dilatation des pupilles, etc. Cet état de calme avait duré près d'un quart d'heure, lorsque reparut un accès convulsif : on crut devoir répéter les lotions de cyanure de potassium, et l'on mit dans la bouche douze gouttes d'acide hydrocyanique, qui furent avalées avec autant de facilité que les premières ; la sédation suivit immédiatement.... L'affaissement fit des progrès, et le malade succomba à deux heures moins un quart, après avoir encore éprouvé, à une heure vingt minutes, un léger accès, après lequel un peu d'eau fut avalée sans répugnance, mais rejetée immédiatement par le vomissement. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde spinale, dans les ventricules cérébraux et le tissu cellulaire de la pie-mère. Cette membrane était très-injectée à la partie postérieure, sur laquelle le cadavre avait été couché. Les centres nerveux n'offrirent aucune altération ; quelques personnes seulement crurent y reconnaître l'odeur d'amandes amères. Les follicules de la langue, des amygdales, du pharynx, du tiers supérieur de l'œsophage, étaient très-développés ; l'épithélium de ce dernier conduit s'enlevait avec facilité. Les poumons étaient violets et contenaient une grande quantité de sang ; il en était de même des cavités du cœur. Dans cette tentative, comme dans celles déjà faites avec d'autres agens thérapeutiques, tout ce qu'on a pu obtenir a été de ralentir et de *masquer*, pour ainsi dire, les accidens de la rage, qui n'ont cependant pas complètement disparu, malgré l'impression profonde ressentie par l'économie de l'effet d'un remède aussi terrible que l'acide hydrocyanique,.... si tant est que le nom de remède puisse encore être appliqué à un poison aussi énergique !

Dans le dernier numéro de la *Revue*, nous avons rendu compte des cahiers de juillet et d'août du *Journal hebdomadaire*. Les cahiers de septembre ne nous ont rien offert qui nous ait paru digne d'être mentionné. (G.)



Transactions médicales. (Septembre 1831.)

I. *Observations et réflexions sur l'accroissement rapide qu'on observe quelquefois à la suite des maladies aiguës;* par J.-L. Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.—La question examinée par M. Brachet est complètement limitée par le titre que nous venons de transcrire : les cas de croissance extraordinaire sans maladie, comme ceux de croissance extraordinaire accompagnée de douleurs et de fièvre, ne font pas partie de son sujet. Dans ce court mémoire trois observations sont citées. 1° Un conscrit de vingt-un ans, tombé malade à la suite de fatigues, fort amaigri par une fièvre aiguë cérébrale qui le tint trois semaines au lit, a grandi dans cet intervalle de temps de vingt-cinq millimètres ou onze lignes. Après une partie de plaisir dans laquelle ce jeune homme prend beaucoup d'exercice, on le mesure ; au lieu de vingt-cinq millimètres, on ne trouve plus que quatre millimètres de croissance depuis sa maladie. 2° Une enfant de onze ans, amaigrie par une maladie de dix-sept jours, avait grandi de sept lignes. On la mène à la campagne en voiture. Au bout de huit jours, elle avait diminué de cinq lignes. Le mois suivant, l'accroissement fut prodigieux. L'enfant avait vingt-une lignes de plus qu'avant sa maladie, et dix-neuf de plus qu'après. Neuf mois plus tard, elle n'avait que dix-huit lignes de plus qu'après sa maladie : elle avait diminué d'une ligne. 3° Un homme âgé de soixante-neuf ans, très-amaigri par une maladie de dix-huit jours, parut avoir considérablement grandi. Sa taille était restée absolument la même.

M. Brachet pense que souvent le repos du lit laisse se relâcher les cartilages intervertébraux, à tel point que l'augmentation de la taille paraît d'abord très-grande. Un peu de fatigue suffit pour affaisser les cartilages et réduire la taille à sa véritable valeur. L'accroissement alors, d'extraordinaire qu'il était, devient tout-à-fait ordinaire. Il arrive fréquemment aussi que l'augmentation

de la taille est une pure illusion d'optique, ainsi qu'il est prouvé par la dernière observation citée. Cependant M. Brachet ne nie pas qu'il n'y ait souvent dans la convalescence des maladies aiguës un accroissement réel et rapide, qu'il attribue, ainsi que l'embonpoint qui s'observe alors, à l'activité du mouvement de composition que la maladie avait ralenti et que le nouvel et bon état des organes favorise et accélère.

II. *Observation sur une émission d'hydatides avec les urines;* par le même. — Un homme d'un tempérament sanguin, âgé de vingt-huit ans, ayant jusque là joui d'une bonne santé, fut tourmenté de douleurs hypogastriques et d'ischuries qui se terminaient par un gros jet d'urine. M. Brachet constata que ce gros jet d'urines qui terminait les ischuries était une émission d'hydatides : une fois, une douleur très-vive étant causée par une hydatide arrêtée dans le canal, ce médecin perça la poche membraneuse avec une sonde à dard, et l'émission d'urine se fit librement. Les conseils adressés au malade à son départ de Lyon furent de dilater le canal de l'urètre pour faciliter le passage des hydatides, et, si l'on voulait détruire le mal dans sa racine, d'aller chercher dasn la vessie le paquet hydatidique, ou de traiter cette maladie comme une affection vermineuse. Pour ce dernier conseil, à la bonne heure. Quant à celui d'ouvrir la vessie pour extraire le foyer des hydatides, M. Brachet ne conviendra-t-il pas avec nous qu'on n'a pas le droit, pour une affection pareille, de pratiquer une opération aussi grave par elle-même et par ses suites que la lithotomie?

III. *Observation sur une imperforation de l'anus accompagnée d'un anus extraordinaire;* par le même. — Une fille, venue au monde avec une imperforation de l'anus, rendait de petits filets de matière féoale par une ouverture située à l'angle inférieur de la vulve. Un stylet introduit dans cette ouverture arrivait, sous la peau, jusqu'au coccyx. Quatre mois après la naissance de l'enfant, M. Brachet incisa toute la portion de peau qui séparait le

devant du coccyx de l'orifice de l'anus anormal : il dilata la partie inférieure du rectum par des moyens convenables et laissa cicatriser le périnée fendu. Les sphincters n'ont pas été intéressés, et on espère, quoique le raphé soit formé par l'espèce de membrane muqueuse qui tapissait le conduit anal anormal, qu'il n'en résultera pas d'inconvéniens pour l'accouchement ; car la membrane muqueuse se prêtera à une grande extension, et c'est presque toujours le défaut d'extension suffisante des tégumens qui donne lieu aux ruptures du périnée.

IV. *Consultation médico-légale sur les circonstances et les causes de la mort violente du prince de Condé, en réponse à un mémoire à consulter, adressé au nom du prince Louis de Rohan ;* par A.-N. GENDRIN. — Dans le cahier de mars 1831 des *Transactions médicales*, M. Gendrin avait inséré un mémoire médico-légal dont les conclusions étaient :

1° Que le prince de Condé a été évidemment victime d'une asphyxie par suffocation ou strangulation ;

2° Que la suspension de ce prince, quoique semblant incomplète au moment où il a été trouvé, a été nécessairement complète dans l'origine ;

3° Que toutes les circonstances démontrées de la mort n'établissent point la réalité du suicide ;

4° Que plusieurs circonstances, qui ne semblent pas s'expliquer par le suicide, s'expliqueraient par l'assassinat, après lequel la suspension aurait été opérée pour faire croire à un suicide (ces circonstances sont surtout la petite excoriation du côté gauche du col, dont les experts n'ont tenu aucun compte ; et l'excoriation des jambes, qui ne s'explique ni par le frottement sur la boiserie qui ne présente aucune saillie qui puisse la produire, ni même par le frottement sur le bord de la chaise) ;

5° Que l'hypothèse de l'assassinat par suffocation dans le lit, soit en obstruant le passage de l'air, soit par strangulation, n'est repoussée par aucune des circonstances constatées, et se concilie avec celles qui sont inexplicables par le suicide ;

6° Que l'hypothèse de l'assassinat opéré immédiatement par suspension ne paraît pas admissible ;

7° Que l'assassinat dans le lit par suffocation et suivi de suspension du corps aurait été très-difficile, sinon impossible à exécuter par une seule personne.

Depuis la publication du mémoire dont nous venons de rappeler les conclusions, la cour royale de Paris a fait procéder à une instruction judiciaire, qui s'est terminée, il est vrai, par un arrêt de non-lieu, mais qui a jeté un nouveau et terrible jour sur cette affaire. M. Gendrin consulté a recueilli tous les faits établis par l'instruction, et s'est convaincu que la mort du prince de Condé a été le résultat d'un assassinat. C'est cette conviction qu'il expose et qu'il développe dans la *consultation médico-légale* publiée dans le cahier de septembre des *Transactions médicales*, et dont les conclusions sont :

1° Que tous les motifs sur lesquels se sont fondés les experts-médecins pour conclure que le prince de Condé a été victime d'un suicide sont sans aucune force, puisque les uns reposent sur des circonstances évidemment controuvées, telles que la présence d'une chaise auprès du corps, et que les autres ne sont que des hypothèses inadmissibles : telles sont toutes les circonstances des apprêts de la suspension, que les infirmités du prince et l'absence constatée aujourd'hui d'un meuble auprès de son corps, ne permettent plus de regarder comme possibles ;

2° Que les rapports des médecins experts dressés dans cette affaire, en tout ce qui n'est pas constaté immédiatement par eux à l'autopsie extérieure et intérieure du corps, ne reposent que sur des faits mal établis, dont quelques-uns sont reconnus faux, dont plusieurs sont incomplets ; d'où il suit que les rapports ne peuvent plus être pour les magistrats que l'expression d'une opinion mal fondée par l'insuffisance de renseignemens ;

3° Que l'idée du suicide ne peut plus être raisonnablement adoptée, puisqu'elle ne peut être séparée de celle de tous les moyens de consommer ce suicide, et que l'emploi de tous ces moyens a été évidemment impossible ;

4° Qu'il n'est aucune circonstance, soit dans ce qui a été reconnu sur le corps du prince, soit dans ce qui a été constaté autour de lui, qui ne s'explique par l'assassinat; tandis qu'il en est un grand nombre qui repoussent l'idée du suicide, qu'il en est même plusieurs qui établissent l'impossibilité de la mort volontaire par suspension, et qu'il n'en est aucune qui établisse même un commencement de présomption qu'il y ait eu suicide;

5° Que l'idée de la mort par assassinat, qui se concilie avec toutes les lésions trouvées sur le corps, est maintenant fortifiée par toutes les circonstances accessoires provenant soit de l'impossibilité où a été le prince de se suicider par strangulation, soit par tout ce qui a été reconnu dans la disposition de la chambre et des meubles, disposition qui a présenté à tous ceux qui entrèrent les premiers, et qui ont pénétré le matin du 27 août dans l'appartement, les traces d'un arrangement opéré dans la nuit fatale, et dans le but d'effacer des indices qui eussent démontré que le prince avait péri victime d'un assassinat par strangulation ou par suffocation dans le lit.

Les principales circonstances mises hors de doute par la déposition de nombreux témoins sont, qu'il n'y avait près du corps aucune chaise contre laquelle les jambes auraient pu s'excorier; que le prince pour se pendre était physiquement incapable de monter sur une chaise; que sa maladresse habituelle, causée par une ancienne blessure reçue à la main droite, ne lui permettait en aucune façon de faire des nœuds de tisserand comme ceux des mouchoirs qui ont servi à la suspension; et qu'au moyen d'un lacet rien n'était plus facile que de fermer de dehors le verrou qui fermait en dedans la chambre du prince. (H. G.)

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Handbuch zur erkenntniss und heilung der kinderkrankeiten, ou Traité pratique des maladies des enfans; par ADOLPHE HENKE.

DE LA SCARLATINE (1).

Traitement par les vomitifs et les purgatifs, d'après la méthode de Stiégliz. — Traitement par les affusions, d'après la méthode de Currie.

La fièvre scarlatine et la miliaire scarlatine appartiennent à l'ordre des exanthèmes contagieux d'origine moderne. Malfatti, il est vrai, a cherché à prouver que la peste terrible décrite par Thucydide n'était autre chose que la scarlatine, mais c'est une simple conjecture; et nous ne trouvons chez les Grecs, chez les Romains et les Arabes, rien qui indique que la scarlatine ait été connue de ces peuples. Depuis le seizième siècle, où elle fut décrite pour la première fois par Smetius et Sennert, la scarlatine a été observée, à différentes époques, par tous les grands praticiens; dans ces vingt dernières années elle s'est plus que jamais montrée en Allemagne, et dans quelques épidémies particulières, sous l'aspect le plus terrible.

Le diagnostic de cette affection présente à considérer : A. l'*éruption*. La scarlatine donne naissance à des taches rouges, de la grandeur d'un florin ou d'une pièce d'un franc, qui, pour la

(1) L'ouvrage de M. Adolphe Henke, sur les maladies des enfans, duquel est extrait ce chapitre de la *scarlatine*, est un des plus complets et des meilleurs que nous présente l'Allemagne. On a cru intéresser les lecteurs de la *Revue* en mettant sous leurs yeux un fragment de la traduction commencée de cet ouvrage. On se propose d'en publier dans ce recueil quelques autres extraits, en attendant que tout le livre soit traduit et en état d'être livré à l'impression. (H. G.)

plupart, sont inégales, apparaissent simultanément et en grande quantité et répandent une teinte rouge sur les membres, quelquefois sur tout le corps. Les taches ne sont pas saillantes et offrent la couleur de l'écarlate, quelquefois celle d'un pourpre foncé; tantôt elles sont tout-à-fait plates, tantôt elles ont une forme légèrement papuleuse ou pustuleuse. Au moment de l'invasion, ces taches sont le siége d'une chaleur et d'une démangeaison vives, et la rougeur disparaît par une légère pression. L'exanthème dure de trois ou quatre à sept jours, et se termine par une desquamation en larges plaques.

B. L'angine, ou le mal de gorge, accompagne aussi constamment la scarlatine, que la bronchite la rougeole. Beaucoup d'observateurs ont considéré l'angine maligne (*cynanche gangrænosa*), symptôme de la scarlatine, comme l'affection principale, et ont décrit la scarlatine sous cette dénomination. Sydenham, dans sa description de l'angine, ne mentionne pas l'angine; Stork a noté qu'elle manquait quelquefois.

L'infiltration séreuse qui survient, non pas toujours, mais souvent, après la maladie, est également propre à la scarlatine, et peut servir au diagnostic dans les cas où l'éruption n'a pas été bien prononcée ou même n'a pas été aperçue.

Outre ces phénomènes morbides, la scarlatine présente quelques particularités qui peuvent être utiles, pour le diagnostic, au médecin attentif. Ce sont une élévation extraordinaire de la chaleur animale, qui, d'après les expériences précises de Currie, monte jusqu'à 106, 108, 110 et même 112 degrés Fahrenheit; une très-grande fréquence du pouls (qui pourtant a été observée, quoique à un moindre degré et d'une manière moins permanente, dans le *vrai typhus* et dans la *miliaire*); et une affection du cerveau, qui de bonne heure produit le délire, lors même que la maladie n'a qu'un médiocre degré d'intensité. Ces phénomènes ont lieu surtout dans les cas de scarlatine grave. Heim note encore parmi les signes essentiels une *odeur* particulière. Cette odeur ressemblerait à celle qui s'exhale des magasins où on conserve les harengs et le vieux fromage, ou à celle que l'on sent



dans les cages des bêtes carnassières (le lion, le tigre); mais la détermination de cette odeur ne laisse pas que de présenter toujours de grandes difficultés. W.-H. Maton veut distinguer la scarlatine d'une autre éruption cutanée, en ce que dans la première les papilles de la langue ont une rougeur éclatante et s'allongent (*Medical Transactions*, vol. 5); mais ce symptôme, qui, il est vrai, se rencontre souvent, peut manquer dans la vraie scarlatine.

On distingue trois périodes dans la marche de la scarlatine régulière.

A. *Période d'invasion de la maladie* (*stadium irritationis, febrile*). Après le prodrome ordinaire des maladies aiguës survient une fièvre plus ou moins forte, marquée par des exacerbations vers la nuit. Le froid et le frisson alternent avec la chaleur; la peau est sèche et brûlante; le pouls dur, déprimé, fréquent, irrégulier. Des picotemens et des tiraillemens se font sentir dans la gorge; la déglutition devient difficile, et l'angine se déclare. Les symptômes cérébraux, les tintemens d'oreilles, les vertiges, la céphalalgie, l'assoupissement, chez les adultes l'insomnie, l'anxiété, l'agitation et le délire sont les symptômes ordinaires vers le moment de l'éruption. Quelquefois il s'y joint des vomissemens, des épistaxis. Cette période dure le plus ordinairement deux ou trois jours.

B. *La période d'éruption* (*stadium eruptionis, exanthematicum*). L'époque de l'éruption n'est pas constante et invariable; c'est quelquefois le second jour, le plus souvent le troisième, rarement plus tard. Les taches paraissent successivement pendant deux ou trois jours, acquièrent une étendue plus grande, une coloration plus foncée, de sorte qu'elles sont tout-à-fait formées le troisième jour de l'éruption. En général, l'éruption envahit et occupe successivement le cou, la poitrine, le visage, les membres supérieurs, puis le ventre et les membres inférieurs; cela cependant n'est pas constant. Quelquefois elle s'étend uniformément sur tout le corps. Quand l'éruption est forte, le gonflement des parties se manifeste seulement par une teinte

rosée. Il est plus rare de voir s'étendre sur tout le corps le gonflement et la rougeur. L'éruption finie, d'ordinaire aussi l'inflammation de la gorge a atteint son dernier période; cette inflammation, comme l'éruption elle-même, présente un grand nombre de variétés différentes, et parcourt tous les degrés jusqu'à la gangrène. Dans la bouche, qui d'abord était rouge et enflammée, se forme une couche pseudo-membraneuse, un enduit muqueux; et sur les amygdales, sur la luette, etc., surviennent des ulcères avec tous les symptômes fâcheux d'angine. L'angine n'arrête pas toujours sa marche à la fin de l'éruption, et l'intensité de la première n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la seconde. La fièvre aussi ne se modère, après l'éruption, que dans les scarlatines bénignes. Les cas sont-ils plus graves? elle continue, quoiqu'on voie quelquefois cesser le délire, la grande anxiété, les convulsions, etc. L'éruption est extrêmement fugace, elle disparaît facilement sans l'influence comme sous l'influence de causes appréciables. La maladie parvenue à son dernier degré, il s'élève quelquefois sur les taches de scarlatine des pustules blanches miliaires ordinairement vides, mais pouvant être remplies de lymphe, d'où quelques médecins ont voulu mal à propos déduire la complication de la scarlatine avec la miliaire.

C. *La période de desquamation* (*stadium desquamationis*). La dessication commence entre le seizième et le dix-neuvième jour depuis l'éruption. La rougeur des taches disparaît et fait place à une teinte brune, l'épiderme se lève et se détache en larges plaques. Celui qui s'est détaché des mains ou des pieds forme, chez quelques sujets, des espèces de gants. La desquamation suit le même ordre successif que l'éruption; elle peut se montrer plusieurs fois aux mêmes parties. On a des exemples de desquamation triple, quadruple. Cette période dure ainsi huit jours, même plusieurs semaines; et il n'est pas rare de reconnaître encore les premières traces de desquamation quinze jours ou trois semaines après la maladie.

Quelquefois il se détache de la gorge de vraies écorces, ou il

survient une expulsion de matière muqueuse et purulente. Outre cela, on observe des évacuations critiques, telles que sueurs abondantes, urines sédimenteuses, etc. Avec la desquammation disparaissent, dans la marche normale de la maladie, la fièvre, l'angine et les autres symptômes.

Quand la marche est irrégulière, et que le caractère de la maladie offre de la malignité, après l'emploi prolongé des moyens diététiques et médicamenteux (souvent même en fort peu de temps et sans cause appréciable), il survient différens phénomènes morbides que l'on comprend dans la période de *suites de la madie* ou de *métastase*.

L'hydropisie, qui le plus souvent affecte une marche aiguë, est une des suites les plus fréquentes de la scarlatine. D'abord œdème des jambes, des mains et des paupières; puis anasarque générale; enfin épanchement dans les cavités intérieures. Si la marche en est aiguë, cette affection se développe pendant les quinze jours qui suivent la desquamation. Elle est annoncée par la langueur, le frisson, la rareté ou la suppression des urines. La fièvre reparaît, le malade se plaint d'anxiété, de palpitations, de suffocations, de douleurs d'entrailles. La maladie s'accroît rapidement; la fièvre est très-forte; et les convulsions, le délire, les inflammations des organes internes, qui dégénèrent en gangrène, conduisent le malade au tombeau dans l'espace de quelques semaines. Si la marche est chronique, la maladie se rapproche davantage de l'aspect ordinaire et se termine par la fièvre hectique.

Outre l'hydropisie, il se manifeste facilement des engorgemens glandulaires, des ulcères, des caries, des catarrhes chroniques, des phthisies, des difficultés dans l'évacuation des urines.

Enfin quelques malades se plaignent encore, après la disparition de la fièvre, de vives douleurs dans les membres.

La division la plus importante de la scarlatine est celle qui est fondée sur le caractère de la fièvre, puisque c'est là en général ce qui détermine et règle le plan de traitement.

La scarlatine *sthénique* ou *synoque* présente un grand nombre

de nuances. Les degrés les plus légers forment ce qu'on appelle la scarlatine *bénigne*, dans laquelle la fièvre est, à la vérité, assez forte avant l'éruption, mais où tous les symptômes diminuent avec l'apparition de l'éruption; celle-ci est de courte durée; la maladie marche rapidement, et se termine, après une desquammation souvent insensible, par la santé. C'est sous cette forme que Sydenham, Gorter et d'autres médecins plus anciens ont vu la scarlatine.

Un degré plus intense constitue la scarlatine *inflammatoire*, laquelle se signale par un pouls fort et plein, une vive inflammation de la gorge, des picotemens dans la poitrine accompagnés de difficulté de respirer, une affection forte du cerveau, une éruption impétueuse et d'un rouge foncé, des hémorrhagies spontanées et suivies de soulagement.

La scarlatine *inflammatoire* a paru rarement avec sa plus grande intensité dans les épidémies funestes qui ont régné au commencement de ce siècle; du moins, tous les bons observateurs sont d'accord sur ce point, que le caractère sthénique de la première période faisait place de bonne heure à l'asthénie (Frank, Hufeland, Kreyssig, Cappel, Struve). Les degrés plus légers se rencontrèrent plus souvent, quand le permirent les Brownistes rigides qui, par l'emploi immodéré des irritans, aggravaient la maladie. L'heureux effet de la méthode non irritante, de l'emploi des vomitifs et des purgatifs, surtout dans la première période, a au moins pour lui le témoignage de médecins expérimentés (Lentin, Richter, Hufeland, Stieglitz), et semble démontrer suffisamment le caractère sthénique des épidémies où cette méthode a été utile. Dans les épidémies ultérieures (depuis 1808), le caractère inflammatoire a été beaucoup plus fréquent et plus opiniâtre.

Quelques épidémies de scarlatine *asthénique* ont fait de grands ravages en Allemagne. Les degrés les plus intenses en ont été compris sous deux genres : la scarlatine *nerveuse* et la scarlatine *putride*.

La scarlatine *nerveuse* se signale de la manière suivante : la

première période peut affecter deux formes : ou, ce qui pourtant est rare, le caractère nerveux se manifeste dès le commencement, et on voit tous les symptômes d'une fièvre nerveuse; ou bien l'état *sthénique* se montre avec tous les symptômes que nous avons notés comme lui étant particuliers, et ne tarde pas à se changer en un état nerveux très-prononcé.

Dès le début, la scarlatine *nerveuse* est accompagnée d'une grande faiblesse; la fièvre est forte, le pouls petit, inégal et très-fréquent; céphalalgie intense, délire, assoupissement, pâleur de la face, chaleur brûlante et démangeaison de la peau, douleurs d'estomac, nausées, vomissemens, épistaxis sans soulagement, etc. L'intensité de l'angine est variable; l'inflammation de la gorge est tantôt très-violente, tantôt très-peu marquée. L'éruption est irrégulière, rapide ou lente dans sa marche, et plus ou moins prononcée. Les symptômes et la fièvre ne s'affaissent pas après l'éruption; l'éruption disparaît avec une promptitude et une facilité incroyables; de là, des convulsions, des attaques d'apoplexie, l'inflammation des méninges, l'hydrocéphale aiguë, la mort. Si le malade passe la troisième période, le plus souvent la maladie a des suites qui deviennent mortelles. Cette forme de maladie s'est souvent rencontrée dans l'épidémie qui en 1801 a ravagé le nord de l'Allemagne, et que j'ai observée à Mecklembourg.

Les symptômes de la scarlatine *putride* sont en partie ceux de la fièvre putride, en partie ceux de l'angine maligne gangréneuse (*angina maligna*, *putrida*, *gangrenosa*).

En Angleterre, où on a le plus souvent observé cette variété, ces deux ordres de symptômes passent généralement pour identiques et sont rapportés tous les deux à la dénomination de *gangrenous sore-throat* (*cynanche gangrenosa*). Frank (passage déjà cité, § 78) les regarde comme absolument identiques; mais Vogel remarque que dans les épidémies la scarlatine se montre sans le mal de gorge, et le mal de gorge sans la scarlatine, et que c'est par contagion qu'une maladie produit l'autre. Cullen (*Élémens de médecine pratique*, tom. I, § 306, et II,

§ 666) se déclare contre l'opinion qui veut que ces deux affections soient identiques et inséparables.

Outre les symptômes ordinaires d'une fièvre typhoïde, la scarlatine putride revêt encore les suivans : extrême fréquence, petitesse et inégalité du pouls ; chaleur brûlante de la peau, dont l'élévation de température est sensible au malade et appréciable au thermomètre ; grande faiblesse ; surdité : souvent il y a des vertiges, des lipothymies, de l'assoupissement ou du délire ; la respiration est gênée, difficile et courte ; des vomissemens, une diarrhée abondante ; des épistaxis répétées surviennent à une époque plus ou moins avancée de la marche de la maladie.

Le premier jour, les malades se plaignent d'un sentiment de plénitude et de déchirure dans la gorge ; la voix est enrouée, la déglutition difficile ; tout l'intérieur de la bouche, surtout vers les amygdales, est enflammé, d'un rouge brun et gonflé. Cependant, ni la douleur ni la difficulté de la déglutition ne sont en proportion avec le danger de la gangrène imminente. La langue est couverte d'une couche de mucus visqueux ; les narines sont bouchées.

Le second jour, on remarque près des amygdales des taches jaunâtres qui s'étendent, forment des espèces d'écorces, sous lesquelles se développent des ulcères ichoreux et fétides. Ces écorces sont entourées d'un cercle rouge, et les parties environnantes sont pâles et blafardes. L'ichor fétide enflamme et corrode les tissus avec lesquels il est en contact. Non-seulement les parties de la bouche, mais encore le nez et les oreilles deviennent le siége de la suppuration et de l'ulcération. Une matière jaunâtre et fétide coule du nez et excorie les parties : dans le pharynx et le larynx elle produit de la toux et de la dyspnée ; dans l'œsophage une inflammation gangréneuse et des vomissemens ; dans le canal intestinal l'inflammation, la colique, la diarrhée, le météorisme.

L'éruption scarlatineuse paraît le plus souvent le deuxième, quelquefois aussi le troisième jour. Elle se fait ordinairement avec force et rapidité, est accompagnée de chaleur et de démangeaison de la peau. Les taches, d'une couleur pourpre foncée,

quelquefois d'un rouge bleuâtre, peuvent être accompagnées de véritable miliaire, et entremêlées de pétéchies, tantôt dans quelques parties, d'autres fois sur tout le corps. La peau est tendue, sèche et brûlante ; les mains sont gonflées et les doigts roides.

L'apparition de l'éruption ne diminue ni les symptômes généraux ni ceux de l'angine. Les ulcères de la gorge s'étendent de plus en plus ; les taches passent du jaune au gris, au bleuâtre, au noir, et l'ichor devient de plus en plus âcre et fétide.

L'aspect extérieur du malade, son regard fixe, ses yeux brillans et vitrés, la perte de plus en plus prononcée de l'ouïe et de la connaissance, les convulsions, les soubresauts des tendons, la taciturnité, l'exhalation d'une sueur visqueuse, les hémorrhagies du nez, du rectum, de l'utérus, un pouls petit, extrêmement fréquent, impossible à suivre, l'émission involontaire des urines et des matières fécales les plus fétides, signalent le plus haut degré de la maladie. Et ce dangereux état existe surtout du quatrième au sixième jour, et est l'effet de la gangrène et de la paralysie.

Il s'en faut que la scarlatine avec angine gangréneuse se termine toujours par la mort. Un traitement méthodique a sauvé un grand nombre de malades, parce qu'ici la gangrène n'a pas un caractère aussi pernicieux que d'ordinaire. Dans les cas favorables, les escarres gangréneuses se détachent au bout de quelques jours, et les ulcères ne tardent pas non plus à se déterger. Vers le septième jour, avec la desquamation survient un affaissement marqué de tous les symptômes ; cependant, la convalescence est longue, et la maladie a souvent des suites.

Etiologie. Il n'est pas douteux que la scarlatine, lorsqu'elle règne épidémiquement, ne soit contagieuse. Les particularités principales et bien connues du principe scarlatineux sont les suivantes :

A. Le principe contagieux de la scarlatine n'est pas permanent comme celui de la variole et de la rougeole ; il n'est que temporaire. La maladie peut naître primitivement sous l'influence de conditions épidémiques (qui nous sont encore inconnues), et

ensuite dans le cours de l'épidémie, se propager au moyen du principe contagieux ainsi engendré; elle est alors secondairement contagieuse.

B. La susceptibilité contagieuse est bien moindre pour la scarlatine que pour la variole; car nombre d'individus, qui s'étaient exposés à la contagion scarlatineuse n'en ont point été affectés.

C. Cette susceptibilité ne s'éteint point après une première ou une seconde scarlatine. Du moins Bicker, Jordens, Heim, Horn, etc., ont vu la scarlatine se montrer avec une marche régulière deux fois et plus chez les mêmes personnes.

D. Comme affection secondairement contagieuse, la scarlatine dépend plus que la variole et la rougeole de la constitution atmosphérique. Cela explique les grandes différences que présentent dans leur caractère les épidémies de scarlatine, tantôt bénignes, tantôt mortelles et dévastatrices, sans qu'on puisse saisir dans le principe lui-même un caractère plus pernicieux.

E. La contagion de la scarlatine est très-passagère et sa réapparition sur la peau est facilement troublée. D'où Stieglitz croit que l'éruption n'est pas la première condition de la reproduction du principe, et que l'essence de la scarlatine est constituée par une autre altération inconnue de la peau. Mais cette observation si délicate et si difficile à faire ne nous fournit aucune donnée sur la nature de la maladie. Il me paraît pourtant vraisemblable que le principe scarlatineux affecte surtout les membranes muqueuses où il donne lieu à des phénomènes morbides qui ont pour suite sa reproduction. Cela explique peut-être pourquoi l'angine accompagne si constamment la scarlatine. La membrane qui tapisse l'intérieur de la bouche n'est-elle pas le prolongement de la peau qui se replie en dedans? Que l'éruption manque complètement ou disparaisse de bonne heure, l'irritation de la muqueuse supplée et représente en quelque sorte celle de la peau; ainsi la maladie peut avoir une marche régulière, agir par son principe contagieux, donner lieu à l'éruption, etc.

F. Après la peau et les muqueuses, le principe scarlatineux

attaque principalement le cerveau et le système nerveux, et, secondairement, suivant les phénomènes qui accompagnent la maladie, le système lymphatique.

G. Le véhicule qui transmet la contagion est encore peu connu. Les exhalations cutanée et pulmonaire, peut-être aussi les produits sécrétoires de l'angine, paraissent les principaux agens de cette transmission.

H. La reproduction du principe scarlatineux et la fièvre qu'elle occasione sont accompagnées d'une élévation très-marquée de la chaleur animale, à laquelle correspond, dans les cas de grande intensité de la maladie, une très-grande fréquence du pouls. L'éruption de la peau n'est pas aussi nécessairement et aussi constamment liée à la scarlatine qu'à la variole et à la rougeole; car on ne peut nier l'existence de la scarlatine sans éruption; on l'a positivement reconnue à la fréquence du pouls, à la grande élévation de la chaleur animale, et à la coïncidence de l'éruption scarlatineuse dans la même famille et la même maison. La scarlatine épidémique se montre souvent sans éruption; de sorte que, d'après Heim, sur six cas, il en a un sans éruption. On a vu aussi l'éruption paraître et reparaître, après s'être montrée partielle et avoir disparu. Il est surtout vraisemblable qu'il y a eu éruption lorsqu'on voit la desquamation.

Pronostic. On ne peut établir sur le danger et la mortalité de la scarlatine un pronostic général, car le caractère des épidémies varie presque à l'infini. On voit des épidémies dans lesquelles la maladie, loin d'être mortelle, est accompagnée de symptômes si légers qu'à peine peut-on croire que ce soit une même affection avec la scarlatine maligne. Le jugement ne peut être porté que sur quelques épidémies particulières; et encore les pronostics individuels offriront-ils une très-grande variété, puisque dans les épidémies les plus graves quelques malades ne contractent que la scarlatine la plus bénigne.

Le pronostic spécial est fondé sur : 1° *Le caractère de la fièvre*, où la constitution épidémique est surtout à considérer. Le plus favorable est celui d'une *inflammation* légère. Les degrés

plus élevés de celle-ci augmentent le danger de l'inflammation, mais cèdent plus facilement à un traitement convenable, que la scarlatine nerveuse et putride compliquée d'angine gangréneuse, qui de bonne heure tend à être funeste. 2° L'*abondance et l'étendue de l'éruption en rapport avec l'intensité de la fièvre et des phénomènes secondaires*. 2° L'*intensité de l'angine*. 3° L'*âge et la constitution du malade*. La scarlatine affecte tous les âges, mais abstraction faite de la délicatesse de l'âge, les enfans résistent mieux à la maladie que les adultes. 4° *La période de la maladie*. Dans la seconde, la plupart des malades meurent d'adynamie; la troisième est surtout dangereuse par les suites. Après la desquamation, la peau garde long-temps une sensibilité anormale qui rend le froid très-dangereux. 5° *L'apparition de certains phénomènes*. Que l'éruption se fasse de trop bonne heure et avec impétuosité, ou tard et lentement, c'est également un mauvais signe. Une forte congestion cérébrale, des diarrhées et des hémorrhagies colliquatives, la rétention d'urine et les selles involontaires, l'écoulement par le nez d'un ichor âcre qui corrode les parties voisines, sont des symptômes du plus fâcheux augure.

Le *traitement* qui convient à la scarlatine ne peut, à cause du caractère si variable de l'épidémie et de la fièvre qui accompagne l'éruption, être toujours le même. Il y a donc de l'*exclusif* dans l'opinion des médecins qui prétendent traiter avec succès la scarlatine, sous toutes les formes et dans toutes les circonstances, par une seule et même méthode (que ce soit l'emploi exclusif des vomitifs et des purgatifs ou des antiphlogistiques). Appuyée sur le témoignage des médecins les plus distingués, l'expérience s'est prononcée contre toutes ces méthodes exclusives.

La scarlatine *légèrement inflammatoire*, que l'on nomme *bénigne*, ne demande, comme Sydenham l'a observé avec tant de justesse, qu'une médecine très-peu active. Une diète modérée et des précautions convenables sont ce qu'il y a de plus important. Le régime doit seulement être léger et antiphlogistique : des potages clairs, des légumes faciles à digérer, des fruits, une décoc-

tion d'orge, de riz, etc., des boissons acidulées, la limonade ; chez les enfans en bas âge, le lait coupé avec de l'eau, l'infusion de fleurs de sureau, de réglisse, conviennent parfaitement. Les précautions à prendre sont surtout d'établir une température égale, pas trop chaude, d'éviter l'air libre et les courans d'air. Si la gorge est le siége d'une vive douleur, on se sert de liquides doux, tels que le lait, et d'une décoction tiède de sureau, de guimauve ou de mauve, avec un peu de safran, pour injection ou gargarisme. Si elle perd sa sensibilité et se couvre de productions pseudo-membraneuses, on a recours à un remède un peu excitant, comme une influsion de sauge, de menthe, de sureau, mêlée avec une petite quantité de vinaigre et de miel. Si la transpiration cutanée n'est pas bien établie, on donne de légers diaphorétiques, l'esprit de sel, les préparations antimoniales à faible dose, etc.

Pour les degrés plus élevés de la scarlatine inflammatoire, cette méthode est insuffisante, et les émissions sanguines tant générales que locales sont quelquefois nécessaires. Chez les enfans il suffit ordinairement d'appliquer quelques sangsues au col ou derrière les oreilles ; mais chez les adultes de forte constitution et de tempérament pléthorique, lorsque la fièvre est vive et que des symptômes de phlegmasies internes, surtout du côté du cerveau, se manifestent, l'ouverture de la veine est souvent indispensable. Sur ce point, l'expérience commune est confirmée par le témoignage des médecins les plus célèbres, parmi lesquels je me contenterai de citer J.-P. Franck et M. Heim, conseiller privé à Berlin. D'après ma pratique particulière, je puis dire que j'ai vu, surtout chez les jeunes filles de tempérament sanguin non encore soumises à leur évacuation menstruelle, et aussi chez de jeunes garçons et des jeunes gens principalement de la campagne, la saignée dissiper presque instantanément une angine intense et plus remarquablement encore le délire et les autres symptômes d'inflammation. Plus d'une fois j'ai vu la saignée tout-à-fait inutile ; mais le témoignage des meilleurs médecins montre qu'elle peut être utile. Après les émissions sanguines, conviennent les apéritifs et les laxatifs, le sel ammo-

niac à petites doses, les tartrates, l'*électuarium lenitivum*, la potion de Vienne, etc., et surtout le calomel.

Ensuite les boissons acidules, avec mesure, et une température un peu fraîche mais égale.

Ce qu'il y a toujours de fâcheux, c'est que les degrés les plus intenses de la scarlatine adynamique offrent très-souvent dans leur première période le caractère et les phénomènes d'un état inflammatoire, et que cet état réel ou apparent dégénère tout à coup en adynamie et s'accompagne de tous les symptômes d'une fièvre nerveuse. Si le médecin perd de vue ce point fondamental, que J.-P. Frank, Hufeland (*loco citato*, s. 183), et récemment Stieglitz (*loco citato*, s. 279), recommandent avec raison aux praticiens, de la manière la plus expresse, un traitement antiphlogistique et débilitant poussé trop loin ou employé trop long-temps peut avoir les suites les plus fâcheuses. On se décidera dans ces cas douteux par la comparaison du caractère de l'épidémie, l'appréciation de toutes les dispositions du malade et de l'ensemble des phénomènes; car il se tromperont encore très-facilement, les médecins qui s'imaginent que cet état nerveux surviendra toutes les fois que l'état inflammatoire aura dès le commencement été très-marqué, suivant l'excellente observation de Stieglitz. Cet état nerveux pourrait de temps en temps se présenter où il n'avait pas été observé, et les antiphlogistiques seraient efficaces. (*Horn's Bemerkungen. Archiv.* 1811. Nov., Déc. s. 490.)

Les degrés les plus légers de scarlatine adynamique, qu'on rencontre plus ou moins fréquemment dans toutes les épidémies, présentent souvent dès le début des symptômes gastriques.

Dans ces cas, les vomitifs que beaucoup d'anciens médecins et parmi les modernes Stieglitz ont recommandés exclusivement, sont surtout indiqués au début de la maladie. Ensuite on administre les apéritifs et les laxatifs, qui pourtant ne doivent pas produire la diarrhée, et seraient remplacés par les toniques si la fièvre et l'ensemble des symptômes prenaient le caractère du typhus.

La scarlatine nerveuse et putride est surtout celle qui dans

les épidémies résiste à toutes les méthodes curatives les plus opposées. La plupart des grands médecins reconnaissent ce principe : que dans les exanthêmes aigus le traitement doit être déterminé par la nature de la fièvre, puisque la nature du principe contagieux nous est inconnue et que nous n'avons pas de remède spécifique qui puisse affaiblir ou neutraliser son action. Cette règle conservera sans doute sa valeur pour la thérapeutique de la scarlatine, jusqu'à ce qu'on ait été assez heureux pour trouver une méthode qui, dès le principe, détruise l'action du principe scarlatineux, en prévienne les suites fâcheuses, et s'oppose à sa reproduction et à un nouveau développement de la maladie. L'expérience décidera si le docteur anglais Currie a découvert une méthode curative applicable à tous les cas et à toutes les formes de scarlatine.

La scarlatine nerveuse et putride se traite par les mêmes remèdes que le typhus simple ou putride.

Les moyens mis en usage contre la rougeole et la variole adynamiques conviennent à la scarlatine de cette nature (*voyez* ci-dessus). On administrera les infusions de valériane, de sénéga, de serpentaire, d'arnica, avec addition d'ammoniac, de camphre, d'acides affaiblis, de naphthe, de musc, de vin, etc.

Les principaux remèdes de la scarlatine putride sont le kina avec la serpentaire, l'arnica, le vin, la cannelle, etc. Mais deux médicamens, encore trop négligés par les partisans du brownisme, ont été très-efficaces dans les cas les plus dangereux.

Ce sont les *acides minéraux* et le *calomel*. Les acides, d'après les expériences de Jorden et de Jahn, ont été donnés à hautes doses (de soixante à quatre-vingts gouttes toutes les heures) dans la scarlatine adynamique grave, et avec le plus grand succès. Stieglitz recommande les acides de soufre. J'ai moi-même employé les acides dans la scarlatine rarement, mais dans le typhus putride très-souvent avec le plus grand avantage.

Le mercure a été recommandé par Rusch comme remède héroïque, et la pratique de Reil, de Kreyssig, de Hufeland, de Stieglitz, de Jahn et de beaucoup d'autres auxquels je puis joindre

la mienne, en démontre la grande efficacité. Mais les doses employées par les différens médecins ont beaucoup varié. Reil et Jahn prescrivent de fortes doses (chez les adultes de cinq à dix grains toutes les trois heures), Hufeland donne d'un à deux grains trois fois par jour, et Stieglitz seulement un grain le matin et le soir dans les cas graves. Chez les enfans au dessus de dix ans, j'ai administré le calomel trois fois par jour à la dose de deux ou trois grains, le plus souvent avec la moitié de camphre. Trois ou quatre selles modérées qui en résultent ne sont pas défavorables; mais si la diarrhée survient, on l'arrête par l'addition d'opium et l'administration de lavemens convenables. Une faiblesse marquée rend nécessaire, après le calomel, l'usage du quinquina et des purgatifs irritans.

Il est inutile de rappeler que le choix comme les doses des médicamens sont déterminés par le degré de la maladie; la quantité des irritans administrés diminuera, à mesure que les symptômes fébriles s'affaisseront et que les fonctions se rapprocheront de l'état normal.

Le traitement *local* de l'angine scarlatineuse est d'une grande importance. Dans la scarlatine asthénique primitive (en général du moins) les émissions sanguines sont à éviter et peuvent être préjudiciables. Lorsque la première période est sthénique et s'annonce par des phénomènes inflammatoires, l'application de sangsues au col est utile. Contre l'angine de la scarlatine nerveuse et putride on a conseillé un grand nombre de médicamens plus ou moins irritans. Extérieurement, des frictions avec un liniment irritant de camphre, d'ammoniaque, de teinture de cantharides, etc., les vésicatoires à la partie antérieure ou postérieure du col, des fomentations avec le vin ou l'eau-de-vie aromatisés. A l'intérieur, des injections ou des gargarismes de décoction de sauge, de menthe, de mélisse avec le vin, le vinaigre, etc. Quand il y a dans la gorge des ulcères putrides avec bords enflammés, les décoctions de quinquina, de chêne ou de saule, d'arnica avec addition d'acide sulfurique ou muriatique, de vinaigre fort, d'*extrait* de camphre, de teinture de myrrhe,

d'alun, de vitriol blanc, etc. Si le malade ne peut se gargariser, on fera des injections avec ces substances, et on touchera les places gangrénées avec un mélange d'acide muriatique et de miel. Currie recommande une infusion successivement plus forte de poivre de Cayenne (en commençant par un demi-grain sur une once d'eau), comme d'une très-grande efficacité contre les ulcères gangréneux de la gorge. D'autres y ajoutent de l'arack. Des fumigations aromatiques seront également utiles.

On ne doit jamais perdre de vue que l'angine de la scarlatine tient essentiellement à la nature de la maladie qui est en proportion de la fièvre et de l'éruption. On ne s'en occupera donc point d'une manière arbitraire et abstraction faite du reste de la maladie.

Une médecine trop active doit être considérée comme inutile. Il faut seulement modérer les accidens. Pour les injections, préférez toujours les substances douces aux substances irritantes ; on n'aura recours aux moyens actifs qu'à l'époque où l'angine prendra le caractère gangréneux.

Les meilleurs médecins allemands ont traité la scarlatine d'après les principes et avec les médicamens que nous venons d'indiquer. Mais dans les épidémies malignes il est un grand nombre de malades qu'ils n'ont pu sauver, comme ces écrivains ont la franchise de l'avouer.

On en doit d'autant plus d'attention aux conseils des hommes qui ont proposé une méthode de traitement particulière et suivant eux plus sûre. Ces médecins sont M. Leibartz Stieglitz, de Hanovre, et le médecin anglais, mort il y a quelques années, Currie.

Une exposition de la méthode du premier, et quelques observations sur cette méthode et sur les vues de l'auteur, ne seront pas déplacées ici.

M. Stieglitz, après avoir essayé de prouver que, dans un cas pathologique déterminé, l'idée de la présence d'une fièvre exanthématique, et par conséquent aussi de la scarlatine, implique

celle de la présence d'un état sthénique (inflammatoire) et devient la base d'un traitement débilitant, continue ainsi :

« Qu'on donne un vomitif dont on fractionnera les doses en les » mettant à peu de distance les unes des autres, afin qu'il n'agisse » pas avec trop de force, et pourtant avec la force convenable ; » qu'on veille à ce que, au lieu d'exciter un mouvement antipé» ristaltique dans le canal intestinal, il ne produise pas la diar» rhée, qui, dans ce cas, imprime un caractère fâcheux à la » maladie. Dès qu'on a lieu de craindre ce résultat, il est très» important d'administrer l'ipécacuanha, toujours avec addition » de vin émétisé, sans se fier à l'ipécacuanha seul. Je n'ai ja» mais trouvé nécessaire de donner plus d'un vomitif : après » l'administration de ce médicament on laissera s'écouler quel» ques heures, pour que le malade puisse se remettre de la se» cousse toujours très-forte qu'il a éprouvée, et pour ne pas » troubler les sueurs spontanées, effet salutaire du vomissement. » On commence ensuite à établir la liberté du ventre. A cet effet, » on doit choisir le *sal catharticum amarum*, dissous en grande » quantité dans l'eau et mêlé d'oxymel simple. Trois ou quatre » selles en vingt-quatre heures suffisent : quelques-unes de plus » ne produisent aucun résultat fâcheux, quoiqu'on ne doive » point y insister, et veiller plutôt à ce que le médicament agisse » avec modération et douceur. Je n'administre point ce sel aux » enfans en bas âge, je leur préfère la potion de Vienne par » doses fractionnées s'ils sont sevrés. Le régime sera aussi léger » que possible : on donnera simplement des fruits gras, des » végétaux légers, et on conseillera pour boisson le vinaigre, le » vinaigre de framboises ou l'acide citrique dans l'eau.

» Les malades supportent très-bien ce régime pendant deux » ou trois jours, et le médecin habile en observe les bons effets, » comme il ne se laisse point surprendre et embarrasser, quoi» que la maladie ne perde point de sa violence et que les symp» tômes se montrent de plus en plus graves, parce que, fort » de son expérience particulière comme de l'expérience des au» tres, il sait que la meilleure méthode thérapeutique consiste

» à borner les progrès toujours croissans de la maladie, à lui assurer une suite heureuse, lorsque des règles précises ne demandent pas une marche contraire.

» Vient ensuite l'époque à laquelle la maladie ou conserve son caractère sthénique ou dégénère en asthénique. Dans le premier cas, s'il n'y a rien d'inquiétant, on n'a qu'à administrer le sel ammoniac ou la potion de Rivière, et à favoriser la liberté du ventre au moyen de lavemens, si elle n'existe pas. Si les symptômes s'aggravent, que le pouls prenne plus de fréquence, que la chaleur s'augmente, que le malade soit dans une anxiété et une agitation de plus en plus vives, que les hallucinations deviennent plus fortes et plus prolongées, c'est le moment (quoiqu'il y ait des raisons pour éviter les irritans) de donner pour boisson l'acide sulfurique avec quelque sirop et étendu dans l'eau. Mais qu'on s'en abstienne ou qu'on le suspende quand on observera quelque mouvement critique, tel qu'un saignement de nez. Alors il faut faire prendre matin et soir un grain de mercure doux, mettre des sinapismes aux membres, surtout aux inférieurs, sans suspendre les laxatifs et changer le régime léger. On peut accorder sa confiance à ce traitement, et l'on en observera les heureux effets.

» La méthode thérapeutique doit pourtant changer, dans les cas légers où dans les cas graves avec ou sans affection cérébrale, où nous sommes fondés à craindre l'asthénie. Ce passage à l'asthénie, auquel un grand nombre de malades ne sont pas exposés, qui est éventuel, survient le troisième, le quatrième, le cinquième jour et quelquefois plus tard, présente la marche, l'aspect, etc., d'une fièvre asthénique et modifie les moyens thérapeutiques. Il n'arrive pas toujours, dans le cours d'une fièvre exanthématique que la maladie perde son caractère pour offrir un état opposé de la manière la plus tranchée ou du moins d'une manière notable; de sorte qu'on ne doit pas croire que les cas de cette espèce, précisément parce qu'ils sont sthéniques dans leur origine, sont toujours asthéniques indirecte-

» ment (secondairement) et demandent de hautes doses des » irritans les plus forts. »

J'ai à dessein rapporté les principes propres à M. L.-A. Stieglitz sur le traitement de la scarlatine en citant ses paroles. Ils se rapportent seulement à la première période où, d'après son observation, le caractère de la maladie est, sinon constamment, du moins dans la plupart des cas, sthénique. Pour l'invasion de l'asthénie, son traitement est d'accord avec la méthode excitante du docteur Currie.

Ce dernier recommande pour un léger degré d'asthénie l'infusion de valériane avec la liqueur d'Hoffmann ou l'esprit de Minderer. Pour les degrés plus élevés, l'infusion de serpentaire avec addition d'une bonne quantité de naphthe, ainsi que la décoction de kina unie à cette dernière, lorsque l'asthénie traîne en longueur. L'acide sulfurique pour boisson, lorsque le sang se porte avec trop d'impétuosité vers la tête, que les symptômes nerveux sont peu prononcés, et que l'asthénie ne se montre pas comme véritablement indirecte. D'après l'expérience de Currie dans la scarlatine, le camphre, même lorsque les excitans sont nécessaires, et qu'il ne provoque aucune sueur, ce qui est rare, est presque toujours préjudiciable, et jamais avantageux. Seulement, dans la dernière période, quand le malade est tourmenté par des douleurs de membres précédées par une transpiration de mauvais caractère, le camphre se montre efficace. L'opium n'est jamais un remède héroïque, mais lorsqu'il convient, employé avec précaution et à petites doses répétées, il est de la plus grande utilité. Des symptômes nerveux, une diarrhée inquiétante, surtout dans une période avancée de la maladie, exigent instamment l'opium; et l'état asthénique, dès qu'il ne cède pas aux moyens ordinaires, exige le même médicament.

L'agitation, les congestions cérébrales et l'assoupissement sont surtout à craindre chez les enfans auxquels l'opium a été administré mal à propos. Le musc à doses fortes mais rares (chez les adultes, de six à dix grains toutes les quatre heures) est un moyen puissant contre l'invasion des symptômes nerveux et des

affections cérébrales. L'arnica, le kina, l'acide sulfurique dans l'état putride. L'application répétée de sinapismes se montre toujours très-avantageuse dans les cas graves de scarlatine, et beaucoup plus que celle des vésicatoires.

Pour prévenir les dangers d'une affection cérébrale (une vive inflammation asthénique), rien n'est mieux indiqué, suivant M. Stieglitz, que les vomitifs et les purgatifs donnés au commencement de la maladie. L'approche de cette redoutable affection est annoncée par des tintemens d'oreille légers et de courte durée, un sommeil trop profond et trop prolongé, difficile à faire cesser; l'insomnie avec étourdissemens et hallucinations fortes et prolongées et dans les intervalles de vives céphalalgies, une congestion cérébrale évidente, et surtout la suspension ou la diminution de la sécrétion urinaire, quoique de fréquentes sueurs y suppléent un peu, enfin le caractère qu'offre la maladie lorsqu'elle a passé de la sthénie à l'adynamie indirecte.

Alors il n'est plus question du traitement débilitant, même les sangsues sont nuisibles. Après le traitement irritant général, le musc, l'infusion de serpentaire avec l'éther; les sinapismes, non trop souvent répétés, et surtout l'usage du mercure intérieurement et extérieurement, sous la forme de frictions, sont de la plus grande efficacité. Le mercure est le plus puissant remède dans les inflammations asthéniques, et en particulier dans celles du cerveau et du foie. Il agit souvent par le relâchement du ventre, d'autres fois par la salivation, quelquefois enfin ni de l'une ni de l'autre de ces manières. Les enfans sont surtout ceux qui supportent l'administration du mercure sans diarrhée et sans salivation.

Qu'il me soit maintenant permis de faire quelques observations sur les vues et les principes de ce médecin célèbre et expérimenté, que j'ai cru nécessaire d'exposer dans un résumé précis et suivi.

Sa méthode thérapeutique n'est pas nouvelle; c'est celle, il le dit lui-même, qui a été recommandée et employée par Wichmann, et par la plupart des médecins contemporains, tels que Lentin, Richter et d'autres. Cela n'est point contre elle une ob-

jection; au contraire, c'est un nouveau titre de recommandation. Il ressort de là que ce n'est point sur les principes théoriques (de Brown) que M. Stieglitz a fondé sa méthode, mais qu'il a accommodé ses principes à sa méthode. Cette considération n'est pas indifférente; car elle explique comment l'auteur, reconnaissant sa méthode pour efficace et utile dans les épidémies soumises à son observation, est arrivé à quelques vues théoriques qui pouvaient difficilement être défendues dans la généralité qu'on leur prêtait.

Il reste donc incontestable que la fièvre éruptive des maladies exanthématiques en général et celle de la scarlatine en particulier est de nature shténique dans la première période.

Il ne faut pas conclure de là que, dans la variole, la rougeole, etc., la première période soit *constamment* sthénique; nous voyons se déclarer contre cette idée l'expérience de tous les temps et des plus grands praticiens, qui, voyant la fièvre d'éruption débuter avec un caractère typhoïde et asthénique, se sont bien trouvés d'user des moyens irritans appropriés à l'état du sujet.

La scarlatine en particulier donne aussi peu à conclure que, dans toutes les épidémies sans exception, ce caractère de la fièvre éruptive soit d'abord sthénique. M. Stieglitz même convient qu'il y a une scalatine qui dès le commencement s'annonce avec les caractères de l'asthénie la plus terrible et la plus fâcheuse, et les présente toujours; c'est la maladie connue en Angleterre sous le nom d'angine maligne putride (*the putrid sore-throat*), qui, d'après les dernières observations de Withering, et le témoignage de Rusch, de Wilmer, d'Heberden, de Currie, doit être rangée dans la classe des scarlatines. Ce mal affreux, dit M Stieglitz, n'est endémique qu'en Angleterre. Mais l'expérience des anciens, conforme à celle des modernes, contredit cette dernière proposition; car bien que l'angine gangréneuse avec ou sans scarlatine se rencontre le plus souvent en Angleterre, elle s'est montrée dans le seizième siècle en Espagne, dans le dix-septième en Italie, dans le dix-huitième en France et en Suède sous la forme épidémique, comme les écrits des médecins contempo-

rains l'attestent; elle a été observée plus récemment encore par Wedel et Langhan et dans les épidémies rapportées par Kreyssig, Schœffer et d'autres; moi-même, en 1801, j'en ai vu deux cas avec tous les caractères assignés à cette maladie par les médecins anglais. De l'assertion de l'auteur, savoir, que depuis dix-huit ans on n'a vu dans les épidémies du Hanovre aucun cas qui, dès le commencement, ait été de nature asthénique, il résulte seulement que ces épidémies en général étaient bénignes. Le témoignage unanime des médecins expérimentés et véridiques (Kreyssig, Hufeland, Heim) prouve qu'à Wittemberg, à Berlin et dans d'autres pays, la maladie a montré le caractère asthénique le plus souvent dès son invasion, et défendu tout emploi de la méthode débilitante que M. Stieglitz conseille généralement et exclusivement à cette première période.

M. Stieglitz lui-même, qui, après une expérience de dix-huit ans, étendue à plusieurs épidémies et à un grand nombre de cas, établit dans sa théorie sur les maladies éruptives, que ces affections ont en général un caractère sthénique, et va jusqu'à dire que tout ce qu'il a pu recueillir d'observations et de réflexions des autres médecins allemands, tant de leurs écrits que de leurs lettres et de leur conversation, confirme parfaitement ses propres résultats, ou que, pour peu que les épidémies fussent graves, elles avaient en elles-mêmes et dans leurs diverses formes de malignité, de quoi rendre vraisemblable l'erreur des médecins les plus distingués sur ce point; M. Stieglitz lui-même avoue néanmoins que, en raison de circonstances à nous inconnues, il peut se faire que, dans quelques cas particuliers ou dans des épidémies entières, même avant l'éruption exanthématique, le caractère de la scarlatine soit asthénique. Il ajoute que ces mouvemens fébriles peuvent être défectueux de différentes manières : trop faibles, quand l'éruption se fait attendre, et que la nature succombe sous des efforts insuffisans pour mener la maladie à l'état; ou trop faibles, et intervertis et liés alors à quelques phénomènes asthéniques ou nerveux. Dans le dernier cas, il est nécessaire d'imprimer non-seulement de la force, mais encore de la régula-

rité au mouvement morbide. Nous avons alors, dit-il, une série de symptômes qui paraissent appartenir aux fièvres nerveuses et aux typhus et demander un traitement semblable, quoiqu'en général on ne doive pas les considérer comme fièvres nerveuses ou typhoïdes. Enfin il convient aussi que, dès le commencement, la sthénie peut être de telle nature et portée à un tel degré qu'elle favorise et accélère le développement de l'asthénie indirecte, même avant l'éruption. Mais aux yeux de l'auteur tous ces cas ne sont qu'exceptionnels, et il ne se prononce alors ni pour les vomitifs et les purgatifs, non plus que pour aucune autre méthode thérapeutique.

De tout cela il faut conclure contre la maladie de M. Stieglitz, et notamment contre les vomitifs et les purgatifs dans la première période, parce qu'alors ils ne peuvent être aussi généralement convenables et salutaires. Il est vraisemblable que les épidémies de scarlatine qui règnent depuis vingt ans dans le Hanovre sont en général bénignes, bien que quelques sujets offrent des symptômes de typhus des plus graves.

Outre M. Stieglitz, il est des médecins qui ont beaucoup recommandé et ont trouvé fort utiles les vomitifs dans les épidémies bénignes, tandis qu'ils les ont trouvés inefficaces et nuisibles dans les épidémies graves et se rapprochant des typhus.

Un de nos praticiens les plus célèbres disait dans un ouvrage récent : « Les vomitifs sont extrêmement avantageux dans le » commencement de la scarlatine, parce qu'il y a presque tou- » jours un état bilieux, et on ne peut dire quelle heureuse in- » fluence ces moyens exercent sur toute la maladie et en parti- » culier sur l'angine. » Le même auteur parle en ces termes d'une épidémie qui régna à Berlin en 1801 et de son traitement : « Non-seulement les purgatifs, mais encore les vomitifs, que » déjà j'avais donnés si souvent avec le plus grand succès dans la » scarlatine, amenaient un abattement subit des forces, la ré- » trocession de l'éruption, les convulsions et en peu d'heures une » apoplexie mortelle. » Malfatti, Gläser, Kreyssig, Jahn et moi avons fait les mêmes observations.

Si la méthode tant recommandée par M. Stieglitz réussit dans les épidémies ordinaires et bénignes, elle ne suffit pas dans les épidémies malignes et avec symptômes de typhus.

On doit dire encore contre cette méthode que les vomitifs et les purgatifs sont seuls recommandés dans l'état sthénique, tandis que les évacuations sanguines sont presque entièrement proscrites comme la plupart du temps nuisibles. Cela est en contradiction avec l'expérience des meilleurs médecins. On a déjà parlé sur ce point en exposant la méthode thérapeutique de la scarlatine sthénique.

L'étendue de ces observations est justifiée par l'importance du sujet, et par l'autorité d'un médecin habile et célèbre contre la doctrine duquel on a fait quelques réflexions nécessaires pour les jeunes médecins sans expérience personnelle.

Il reste toujours à cet ouvrage le mérite particulier (et en cela l'auteur a rendu un grand service) d'avoir arrêté les partisans aveugles de Brown dans l'usage immodéré des irritans contre les scarlatines bénignes, et d'avoir, parmi les médecins allemands, ouvert la voie à une méthode thérapeutique appropriée à la nature de la plupart des épidémies de scarlatine; méthode employée avec succès par lui ainsi que par Withering, Wichmann, Lentin, Richter.

La méthode thérapeutique que le docteur Currie a suivie contre la scarlatine, qu'il a fait connaître et qu'il recommande instamment est d'un tout autre genre. Ce médecin a employé contre la scarlatine et avec le plus grand succès la méthode qui lui avait souvent réussi contre plusieurs degrés du typhus, surtout du typhus contagieux, et qui consiste à faire des lotions et des aspersions avec l'eau chaude et avec l'eau froide. Cette méthode est, d'une part, en si grande opposition avec les idées de presque tous les médecins sur le danger du refroidissement et de la rétropulsion de l'exanthème dans les affections éruptives, et principalement dans la scarlatine; elle est, d'autre part, si importante et si intéressante par les heureux résultats qu'elle a offerts, non-seulement d'après l'assertion de Currie et de ses com-

patriotes, mais encore d'après l'expérience du médecin Kolbany, et par la grande mortalité de la scarlatine typhoïde soumise au traitement ordinaire, qu'on doit désirer de nouveaux essais faits avec le soin convenable.

Quoique le premier volume de James Currie (*Medical reports on the effects of water; cold and warm, as a remedy in fever and other diseases*) eût déjà été traduit en 1801, par Michaëlis, en Allemagne, les médecins allemands n'en ont cependant jusqu'ici pris presque aucune notion. Ce n'est que depuis que la traduction du deuxième volume du professeur Hegewisch, et l'intéressante préface du docteur Brandis ont été livrés au public médical, qu'on semble avoir fixé son attention sur cette méthode, qui en Angleterre est généralement regardée comme faisant époque. Toujours cependant on n'a fait connaître qu'un petit nombre de cas dans lesquels cette méthode a été employée par les médecins allemands. Nous établirons d'abord la méthode de Currie, telle qu'il l'employait dans les fièvres et surtout dans les typhus, et les règles que lui a fournies sur ce point l'expérience; nous passerons ensuite à ses observations et à ses expériences, ainsi qu'à celle de Kolbany sur l'action de cette méthode dans la scarlatine.

Currie a observé que dans toutes les fièvres (sans inflammation locale remarquable), et surtout dans les typhus contagieux, les lotions et les aspersions d'eau froide dans les premiers jours et pendant la plus grande chaleur, coupaient le plus ordinairement et arrêtaient la maladie; que plus tard elles ne faisaient pas cesser, il est vrai, mais diminuaient notablement les symptômes les plus graves. Le résultat fut si certain et si évident, et l'emploi des autres moyens thérapeutiques si insignifiant et si simple, qu'on ne peut plus avoir aucun doute sur l'action des affusions froides. Toute la méthode, quant aux précautions à observer et qu'a appris l'expérience, est renfermée dans des aphorismes, par lesquels l'ingénieux traducteur (Hegewisch) a résumé les résultats pratiques de tout l'ouvrage.

Voici ces aphorismes :

1. L'affusion d'eau froide doit être employée seulement quand

la chaleur est non pas apparente, mais réelle, c'est-à-dire permanente, et, d'après le thermomètre, au dessus de la température normale du corps humain.

2. Elle doit donc être employée, non dans le froid, mais dans la chaleur et dans le moment critique de la fièvre.

3. L'affusion froide n'est indiquée que quand la sécheresse se joint à la chaleur anormale de la peau; toute perspiration sensible en contre-indique l'usage.

4. Le bain froid ne doit point être conseillé lorsque le malade, malgré une chaleur anormale, frissonne et tremble souvent, lorsqu'on voit se manifester une grande susceptibilité des sens; et en particulier de la sensibilité générale, surtout à l'occasion du froid extérieur; en un mot, il est contre indiqué par ce qui caractérise la *nervosa versatilis* de Frank.

5. Il faut surtout la conseiller dans les cas où le principe de la maladie paraît contagieux.

6. Qu'on l'administre le plus tôt possible, l'époque la plus avantageuse est celle de la période de chaleur qui suit l'infection.

7. Dans les trois premiers jours on a une espérance bien fondée de *couper tout-à-fait par ce moyen la maladie.*

8. Quoiqu'après le troisième jour on ne puisse plus guère s'attendre à ce dernier résultat, on doit pourtant employer la méthode pour *diminuer temporairement les symptômes et assurer la guérison*, toutes les fois que les conditions exigées se trouvent remplies.

9. Les résultats infaillibles sont : la *diminution de la chaleur* après un temps plus ou moins long; la disparition de la plus vive céphalalgie, du délire; la diminution de fréquence du pouls; l'humectation de la peau, un sommeil réparateur; enfin tous les symptômes qui annoncent le passage d'un paroxysme de fièvre intermittente à l'apyrexie.

10. Le bain froid ne sera point administré quand une *inflammation locale*, surtout quand une pneumonie ou une dysenterie se manifesteront. L'importance du rhumatisme et des catarrhes, comme contre-indications, est moins grande. Il est évident que la salivation n'est point un obstacle.

11. Plus la chaleur s'élève au dessus de la température normale, plus l'eau doit être froide ; quand elle vient à presque disparaître, que l'eau soit fraîche, puis tiède.

12. Il est constant que le caractère de la plupart des fièvres dont l'histoire est donnée dans l'ouvrage de Currie, et dans lesquelles le bain froid a été salutaire, était typhoïde. Cependant on ne peut nier que, dans plusieurs cas où le bain fut donné immédiatement après l'infection, le caractère de la maladie pouvait avec raison être supposé *synochal* (Reil).

13. Quand le caractère de la maladie est paralytique (Reil), le bain froid est non-seulement inutile, mais même dangereux et compromet la vie, aussi bien que dans la *nervosa versatilis* (Frank).

Ces principes sont fondés sur l'expérience et sont d'un avantage inappréciable pour la médecine clinique des fièvres. Cette méthode n'a pas seulement été employée par Currie, mais encore avant lui par Wright, et après lui dans toutes les parties de la Grande-Bretagne par un grand nombre de praticiens et par plusieurs médecins de la marine anglaise en Portugal, en Brabant, en Égypte, en Amérique, dans les Indes occidentales, etc., et toujours avec un très-grand succès.

Le jugement du nouveau Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg, rapporté par le traducteur, montre le cas qu'on fait en Angleterre de la méthode de Currie. Ce journal dit entre autres choses : « Le résultat de ces expériences multipliées est très-satis-
» faisant. Les faits nombreux et authentiques qu'on cite ici doi-
» vent nécessairement produire sur l'esprit de tout lecteur im-
» partial une profonde impression en faveur de la méthode et
» des idées du docteur Currie. »

Les médecins allemands ont pendant long-temps négligé de porter leur attention sur la méthode de Currie. Cependant un homme aussi distingué pour la théorie que pour la pratique, le docteur Brandis, a déjà, depuis plusieurs années, dans les fièvres, et surtout les fièvres typhoïdes, obtenu les plus grands succès des affusions fraîches et froides. Dans une épidémie de typhus qui affligea en 1801 les districts occidentaux du Brunswick, les

lotions avec l'eau, animée tantôt par le vin, tantôt par le vinaigre, eurent l'effet le plus salutaire sur plus de cinq cents malades. Ces lotions, tantôt fraîches, tantôt froides, furent administrées à près de mille malades sans préjudice pour aucun et avec un avantage très-marqué chez la plupart.

M. Brandis ne recommande pas seulement la méthode de Currie dans le commencement de la maladie pour la faire avorter (bien que dans le commencement des typhus contagieux les affusions froides lui aient paru aussi salutaires qu'à Currie), mais encore dans la marche de la maladie, la peau étant chaude et sèche, pour maîtriser les symptômes les plus graves dans le moment de la plus grande chaleur, ne fût-ce que pour quelques heures. S'il n'y a pas d'éruption cutanée, le bain froid ne convient pas. Dans le *typhus mitior* avec pâleur et presque extinction de la vie à la peau, tendance continuelle au frisson, les lotions tièdes ont l'avantage le plus marqué, au lieu que les lotions fraîches et froides, au contraire, sont préjudiciables et même mortelles. Alors l'atonie du système vasculaire de la peau, des pétéchies ou tout autre éruption (avec l'état de la peau que nous venons de décrire), font que l'impression du froid est du plus grand danger.

Tel est le jugement porté par un médecin, qui jouit généralement de la plus haute estime, sur le mérite et l'emploi de la méthode de Currie.

M. Hirsch a communiqué dernièrement des expériences et des observations intéressantes sur l'efficacité de cette méthode. (Voy. *Horn's neues Archiv.*, bd. VII, heft. I. s. 45.)

M. Horn a publié aussi des expériences et des observations du plus haut intérêt sur l'efficacité des douches, des affusions et des lotions d'eau froide dans les fièvres typhoïdes, (*Archiv.* 1811, mai et juin, s. 49.) Le même auteur a écrit récemment sur l'avantage des douches et des lotions froides dans les fièvres typhoïdes des prisons (*Archiv.* 1812, mars et avril, s. 380).

D'après cette grande quantité d'expériences que Currie, ainsi que les auteurs cités dans son ouvrage et plusieurs médecins célèbres ont produite, tout médecin à qui l'occasion s'en présente doit essayer cette méthode thérapeutique dans les typhus. Malheureusement il n'y a que les médecins d'un certain âge, et ayant la confiance pleine et entière du public, qui puissent risquer l'essai d'une méthode si opposée à toutes les idées reçues jusqu'aujourd'hui parmi les médecins et parmi les hommes du monde; mais ceux placés à la tête des hôpitaux, des dispensaires, etc., sont plus indépendans et ont la plus belle occasion d'expérimenter.

Currie a appliqué sa méthode au traitement de la scarlatine, et il a publié les observations les plus remarquables et les plus intéressantes sur les succès qu'il a obtenus, ainsi que Gregory à Edimbourg. Suivant son rapport (dans la traduction citée plus haut, s. 50), la forme de scarlatine qui régnait habituellement à Liverpool était entre la scarlatine angineuse et la scarlatine putride ou gangréneuse, s'approchant davantage, tantôt de l'un, tantôt de l'autre type, tant chez les malades en particulier que dans les épidémies en général. Il n'a vu lui-même d'angine gangréneuse que cinq ou six fois dans l'espace de vingt ans, et toujours elle a été suivie de la mort.

D'après les observations de Currie, la chaleur s'élève au dessus de la température normale au moment où les symptômes ordinaires de la scarlatine succèdent à la fièvre, et avec l'invasion de la chaleur on voit coïncider une grande sensibilité et une vive rougeur répandues sur tout le corps, liées à une certaine roideur dans le col, de l'enrouement dans la voix, et à un sentiment de déchirure dans la gorge.

Ce médecin, en mesurant la température avec le thermomètre de Fahrenheit, a vu le mercure monter dans les cas bénins à 105, 106 degrés, dans les cas graves à 108, 110, et quelquefois à 112°.

Dès qu'on a noté cette haute température (105 et plus), c'est le temps le plus favorable pour employer les affusions froides.

La méthode de Currie consiste, lorsqu'il est appelé à cette époque près d'un malade, à le déshabiller, à le placer dans une cuve et à verser sur lui cinq ou six gallons d'eau aussi froide qu'on peut l'avoir.

Cette douche froide avait pour effet ordinaire de rafraîchir d'une manière beaucoup moins durable toutefois que dans le typhus. Quelquefois seulement deux ou trois heures après on trouvait la chaleur aussi vive qu'auparavant. Selon Currie, le bain froid doit être répété aussi souvent que la chaleur revient ; quelquefois dix ou douze bains en vingt-quatre heures sont nécessaires.

Passé cette période, quelquefois plus tôt, l'agitation du malade est tombée, et les affusions avec l'eau tiède, à des intervalles plus éloignés, suffisent pour produire la guérison.

La boisson conseillée par Currie à la même époque est de l'eau froide et de la limonade ; les selles, si elles sont nécessaires, seront provoquées par l'administration du calomel ; seulement, dans quelques cas, le praticien anglais donnait, après la douche, le vin émétique. Lorsque seul il était chargé d'un malade, il n'employait pas d'autre moyen.

A cette hardie et téméraire interruption de la fièvre succédaient une langueur remarquable, de la faiblesse, de la tendance au repos et au sommeil, qui quelquefois avaient quelque chose d'alarmant, et semblaient annoncer une altération profonde du principe vital et un état léthargique. Mais cette crainte perdait bientôt tout fondement, et on n'avait qu'à favoriser le retour de la chaleur à la peau et surtout aux extrémités en couvrant le malade convenablement, et à le laisser dans le repos profond pendant lequel la nature recueille toujours de nouvelles forces après tout exercice violent.

Par l'emploi de ces moyens, la convalescence s'établit au moins le troisième jour, quelquefois le quatrième. L'examen de la gorge peut faire découvrir quelques ulcérations et de la rougeur, même quelques petites plaques blanches sur les amygdales ; mais jamais cette ulcération de mauvaise nature, baignée par une sanie abon-

rosive qui amène la diarrhée, l'inflammation du pharynx avec danger de suffocation, le gonflement de la parotide et des ganglions cervicaux, ou enfin l'inflammation de la trompe d'Eustache et du cerveau. Jamais Currie n'a vu survenir le délire après l'affusion froide; quelquefois il y avait du gonflement œdémateux ou un peu de toux qui disparaissaient d'eux-mêmes ou par l'administration de la digitale avec le tartre cristallisé.

Lorsque l'inquiétude des parens ou la présence de quelques autres médecins n'a pas permis d'employer la douche froide, les lotions d'eau tiède ont été utiles quoique d'une manière moins marquée. Elles arrêtaient dans leur marche seulement les affections bénignes; de plus elles diminuaient toujours l'intensité des symptômes et provoquaient la chaleur et une transpiration salutaire.

Même lorsqu'il était appelé près du malade le troisième ou le quatrième jour, ou plus tard, si la chaleur était encore grande, Currie avait recours à la douche froide; et si la chaleur était médiocre, aux lotions fraîches ou tièdes. A cette époque, ce moyen est encore efficace; il diminue la chaleur et l'exaltation des fonctions : mais, bien qu'il diminue notablement la maladie, il ne peut l'arrêter entièrement.

Currie, après avoir, avant 1797, employé plus ou moins efficacement les moyens ordinaires, les antiphlogistiques, les laxatifs, les vomitifs, ainsi que les irritans associés au vin et au kina, s'est servi de la nouvelle méthode depuis 1798 avec un succès constant.

Dans les années 1798, 1799, 1800, la scarlatine se montra seulement sous la forme sporadique; néanmoins l'action favorable exercée sur les malades par les douches froides et tièdes, administrées suivant le degré et la période de la maladie, lui inspira une grande confiance pour les employer dans la terrible épidémie qui éclata au printemps de 1801.

Ses deux fils, âgés de cinq et de trois ans, qui étaient fort malades (la chaleur était de 108°, 109°, et le pouls donnait plus de cent cinquante pulsations par minute), furent tous les deux arrosés avec de l'eau d'abord froide, ensuite tiède. En trente-deux

heures, l'aîné eut quatorze lotions, huit avec l'eau froide (64°), deux avec l'eau fraîche et quatre avec l'eau tiède.

Chez le plus jeune, il suffit de douze, dont sept avec l'eau froide. Tous les deux furent complètement délivrés de la fièvre, le matin du troisième jour ils étaient hors de tout danger; et le quatrième, bien que le pouls eût encore une certaine fréquence, la convalescence était établie. La desquamation de la peau et l'enflure des mains se montrèrent chez les deux malades, mais on n'observa aucun autre symptôme secondaire.

Parfaite conformité de résultats, de la part du célèbre professeur d'Edimbourg Grégory, qui fit sur ses trois enfans le premier essai de la méthode de Currie. Dans une lettre détaillée qu'il communique à ce dernier, l'aîné de ces enfans, âgé de six ans, fort malade, eut en vingt-quatre heures trois lotions d'eau froide, et fut deux fois, d'après sa demande, plongé dans un bain froid ordinaire. Chaque fois il y avait un grand soulagement avec diminution de chaleur. Quarante-trois heures après l'invasion du mal, l'enfant était convalescent, quoique dans tous le cours de la maladie il n'eût pris ni médecine ni vin.

Desquamation de la peau et léger gonflement des mains. Chez un petit enfant soumis à la dentition, deux lotions froides et deux tièdes furent administrées. Chez un troisième enfant de quatre ans la maladie fut bénigne et ne demanda que les lotions tièdes. Les trois enfans furent guéris en très-peu de temps.

A ces cas, qui ont d'autant plus de poids qu'ils sont présentés par deux médecins qui employèrent cette méthode sur leurs propres enfans (et Grégory sans en avoir déjà fait l'expérience), viennent se joindre un grand nombre d'autres expériences confirmatives.

Un petit cercle de huit maisons était habité par quarante-huit personnes, dont vingt-six enfans. La scarlatine y éclata en août 1801. Currie, appelé comme médecin, trouva neuf enfans atteints de la scarlatine à différens degrés, qui tous étaient dans des dispositions convenables pour l'emploi des douches froides ou tièdes. La température atmosphérique était élevée; l'on porta les enfans nus dans la cour et on les arrosa avec l'eau de la fontaine voisine.

La chaleur ayant baissé, on rendit l'eau tiède. De plus, les enfans bien portans furent journellement arrosés avec de l'eau froide. Les neuf petits malades guérirent, quoiqu'un d'eux, dont la maladie était beaucoup plus avancée avant l'administration du traitement, ait éprouvé des suites inquiétantes. Après l'emploi des douches comme moyen préservatif, cinq enfans furent encore attaqués de la scarlatine, mais la maladie fut très-bénigne. Aucun médicament ne fut donné, à l'exception de l'acide hydrochlorique mêlé à l'eau pour boisson, d'une infusion de poivre de Cayenne donnée pour gargarisme, et de temps à autre d'un peu de calomel exigé par la constipation. Dix enfans considérés comme n'ayant pas encore eu la scarlatine en furent exempts.

Un insuccès seulement eut lieu. Un enfant qui avait une anxiété extrême, et toutefois présentait une chaleur un peu moindre que les autres malades (de 99 à 102°), fut, comme les autres, soumis aux aspersions froides. Il y eut une éruption non de scarlatine, mais de variole confluente, et le malade mourut le onzième jour.

Depuis le printemps de 1801 jusqu'en 1804, la scarlatine ne disparut jamais entièrement de Liverpool, et Currie traita de la même manière et toujours avec le même succès plus de cent cinquante malades. Deux fois la scarlatine se montra dans des maison d'éducation, et ce médecin, non-seulement guérit la maladie, mais encore arrêta l'infection.

A la fin de son traitement de la scarlatine il ajoute une observation de la plus haute importance : il faut s'assurer, avant l'emploi des affusions froides, que la peau est sèche et la température du corps extraordinairement élevée, et d'autant plus que la maladie a duré plus long-temps et que les forces sont tombées davantage. Il dit avoir eu connaissance de deux cas de fièvre scarlatine putride, dans lesquels, par mal entendu, tandis que la peau était fraîche et humide, et le pouls à peine sensible, on fit tenir les malades et on versa sur eux plusieurs gallons d'eau tout-à-fait froide. L'effet en fut presque immédiatement mortel.

Quatre fois Currie employa lui-même mal à propos les affusions

froides dans des rougeoles, croyant avoir affaire à des éruptions de scarlatine. La marche de la rougeole n'en fut pas moins bénigne. Mais cette médication n'est point indiquée dans cette fièvre éruptive à cause de la tendance à l'inflammation des organes pulmonaires.

Les faits remarquables et rapportés avec la plus grande franchise que Currie a publiés dans son ouvrage sur les effets de sa méthode, doivent fixer au plus haut degré l'attention des médecins consciencieux et réfléchis. Il est vrai que les médecins (et parmi les praticiens allemands il n'y en a que trop de ce genre) qui tiennent pour arrêtées et irrévocables leurs règles empiriques particulières sur la thérapeutique et la clinique, resteront insensibles à la voix de l'expérience et entêtés de leurs idées. Ceux qui ont juré foi à un système crient contre ces résultats, parce que l'effet salutaire de l'eau froide ne s'accorde pas avec leur théorie, tandis que d'autres praticiens, comme on l'a déjà lu dans des Revues, établissent sans expérience ultérieure et démontrent la rectitude des faits sur leurs formules de contraction et d'expansion.

De cette manière pourtant la nouvelle doctrine ne peut procurer aucun bienfait à l'humanité ni aucune richesse à la science. Ce n'est qu'autant qu'elle est conservée et enrichie par les expériences des meilleurs médecins qu'elle peut porter d'heureux fruits.

La chose est d'une si grande importance que je conjure tous les médecins de mon pays, toutes les fois que l'occasion s'en présentera à eux, d'essayer avec prudence la méthode de Currie et d'en observer les effets avec la plus grande précision et la plus grande franchise en tenant compte du caractère et de la forme de la maladie aussi bien que des circonstances individuelles.

Le docteur Kolbany, de Presbourg, a employé avec succès la méthode de Currie contre la scarlatine, dans le printemps de 1808 et chez un grand nombre de malades. D'après les observations qu'il a communiquées, sur trente-huit malades chez lesquels les affusions froides et tièdes ont été employées, il n'en est pas mort un seul.

Le même médecin, dans un mémoire présenté à la Société de physique et de médecine d'Erlangen, assure n'avoir pas perdu un seul scarlatineux de plus de cent qu'il traita par les lotions et les affusions froides ou tièdes suivant les circonstances. A quelques malades on n'administra aucune médecine; quelques-uns prirent dans le commencement une solution de tartre stibié qui produisit plusieurs vomissemens. Chez tous la marche fut rapide, et à l'exception d'un léger gonflement des mains et des pieds, et d'un peu d'engorgement des ganglions du col qui disparurent facilement, Kolbany ne nota aucune affection consécutive.

Cette masse d'observations, à laquelle se joint le témoignage de plusieurs médecins anglais (Stanger, Reid et autres), est vraiment assez imposante pour détruire complètement, dans l'esprit de plusieurs médecins allemands considérés, l'idée enracinée du danger du refroidissement, par suite de la rétropulsion de l'exanthème, et l'erreur de l'importance essentielle qu'ils attachent à entretenir dans la scarlatine, pendant trois semaines sans interruption, une diaphorèse facile en évitant le moindre refroidissement.

Le docteur Wood, à Newcastle, a aussi très-bien confirmé l'efficacité de l'eau froide dans une épidémie très-étendue. Il donna seulement intérieurement l'acide hydrochlorique, quand l'état de la gorge l'exigeait, et quelquefois la magnésie ou un autre laxatif léger. Les lotions froides rendirent le médecin entièrement maître de la maladie. On prévint les suites fâcheuses, et la desquamation se fit promptement. (*Medical and physical Journal*, 1808, februar.)

Parmi les essais faits par les médecins allemands de l'usage des affusions et des lotions froides dans la scarlatine, ceux de Nasse, de Pelz et de Horn rendent témoignage à l'efficacité de ce moyen.

Le professeur Nasse, dans une épidémie du pays de Bielefeld, a employé sur quinze malades, chez lesquels la chaleur s'élevait à 102, 104, 108° de Fahrenheit, suivant les conditions déterminées par Currie, au lieu d'affusions les lotions froides. Sans

aucun autre moyen, six malades furent entièrement rétablis; les autres prirent, à cause de leur constipation, le sel de Glauber ou une solution de tartre et de nitre. Aucune suite fâcheuse ne se montra chez les malades soumis aux lotions froides. L'eau fut prise à la température qu'elle a en hiver, après être restée quelques minutes dans une chambre chaude. La lotion fut faite sur tout le corps le premier, le deuxième, le troisième jour de l'éruption, et fut répétée aussi souvent que revinrent la chaleur et la sécheresse. (*Hufeland's und Himly's Journal*, 1811, october.)

Le docteur Petz fit également en 1812 un essai heureux de la méthode de Currie. En refus des affusions, il fit laver les scarlatineux avec des éponges imbibées d'eau froide de fontaine, et cela aussi souvent que reparurent une chaleur brûlante, une grande anxiété et le délire. Sur six cas qu'il fit connaître, le résultat fut cinq fois très-heureux, et un soulagement marqué se manifesta presque instantanément. Dans un cas où les symptômes d'une inflammation cérébrale intense compliquaient la scarlatine, les lotions froides furent d'abord refusées : on mit des sangsues au col, on fit des applications froides sur la tête, et on administra une potion nitrée avec addition de musc. Lorsque, après une amélioration passagère, la surdité se manifesta, et que les autres symptômes s'aggravèrent, les lotions froides furent employées à la sollicitation des parens, mais en vain. La mort survint au bout de vingt-quatre heures. (Voyez *Marcus Ephemeriden der Heilkunde*, VI.)

Le conseiller général Horn, parmi quelques-uns des cas qu'il a publiés, a employé avec le plus grand succès les affusions froides dans la scarlatine et dans la rougeole, avec inflammation du cerveau. Les affusions étaient faites avec de l'eau froide sur la tête, pendant que les malades étaient dans un bain tiède; en même temps on mettait des sangsues à la tête, on administrait le calomel et on faisait des applications de glace sur la tête. L'action salutaire des affusions fut visible. (*Horn's Archiv.*, 1811, Nov. und Dec., s. 500; 1812, Marz-April s. 374.)

M. le directeur Marcus recommande aussi les affusions froides dans toute scarlatine intense, que le caractère en soit inflammatoire ou nerveux, toutes les fois que la peau est brûlante et sèche, et que la tête est prise; même dans les dernières périodes, quand la desquamation commence, mais se fait mal, il a observé les avantages des affusions.

Il est vraisemblable que beaucoup d'autres observations ont été faites par les médecins allemands sur les effets de l'eau froide dans la scarlatine, sans qu'elles aient été publiées.

Les faits et les expériences que nous avons déjà devant nous suffisent pour que nous puissions, sans précipitation téméraire, recommander cette méthode curative dans les cas qui ont été déterminés.

Je crois qu'il ne conviendrait pas encore, en raison des préjugés qui règnent parmi les médecins, de même que parmi les gens du monde contre cette nouvelle méthode, de la rendre générale dans la pratique particulière.

Pour la scarlatine ordinaire bénigne, elle est superflue. Dans un grand nombre de cas de scarlatine inflammatoire, la méthode rafraîchissante, délayante, antigastrique et antiphlogistique suffit. Mais, contre la scarlatine avec tendance à l'inflammation du cerveau, l'affusion froide est, d'après l'expérience de Horn, un remède héroïque.

Il est surtout à désirer qu'on puisse employer les lotions et les affusions dans la scarlatine maligne qui se montre sporadiquement au milieu des épidémies, aussi bien que dans les épidémies dévastatrices de scarlatine maligne (nerveuse, putride), cas dans lesquels les méthodes les plus variées des meilleurs praticiens n'ont pu prévenir la mort.

Plusieurs médecins, tels que MM. Brandis et Heim, cherchent depuis dix ans à déterminer les cas où la méthode de Currie serait applicable. Puissent ces excellens médecins publier le résultat de leurs recherches!

M. Stieglitz donne aussi beaucoup d'importance aux faits publiés par Currie qu'il retrace dans son ouvrage : il appelle sur

ces faits l'attention et la réflexion des médecins ; il établit et combat par d'excellentes et ingénieuses remarques les objections qui peuvent être faites à Currie, savoir, que la scarlatine n'est pas guérie par l'affusion, mais que la maladie est interceptée dans son premier état, et que dans le reste de sa marche elle est entravée, ainsi que le fait voir la desquamation consécutive.

Cependant Stieglitz ne peut se déterminer ni à employer ni à conseiller la méthode de Currie, parce qu'il a de quoi être satisfait de la sienne, et qu'il espère que, grâce à son emploi, il ne sera plus question des épidémies de scarlatine maligne, non plus que de l'impuissance de l'art contre ces affections ; espérance que, nous l'avons dit plus haut, nous ne pouvons partager avec lui.

Personne ne pourra nier que la méthode de Currie ne soit très-simple, et, d'après les expériences citées, aussi sûre, du moins selon toute probabilité, que les méthodes ordinaires. L'avantage manifeste de la première dans le typhus et la possibilité de l'appliquer dans plusieurs autres fièvres mettent en évidence un principe général jusqu'ici trop peu observé, celui de la production morbide de la chaleur.

Il est vrai qu'il reste encore de grands doutes sur le principe fondamental de Currie : que le degré de la chaleur particulière du malade constitue le vrai caractère et est le signe de la bénignité ou de la malignité de la scarlatine ; et que c'est par la diminution de cette chaleur, au moyen des douches froides ou tièdes, que l'on dissipe complètement ou que l'on diminue d'une manière notable les phénomènes fâcheux de la maladie. Ce principe n'est pas d'accord avec les idées qui ont régné jusqu'ici ; et lorsque le même médecin dit que dans l'angine gangréneuse, à cause du peu de chaleur et de la tendance à la dégénérescence putride, l'emploi de l'eau froide est contre-indiqué, il semble énoncer un paradoxe et ne pouvoir concilier son langage avec celui des médecins les plus distingués, qui ont toujours reconnu dans ces sortes de fièvres ce qu'ils appellent *calor mordax*.

Au reste, c'est seulement l'observation multipliée, précise et

impartiale de plusieurs médecins dans différentes épidémies, et la voix de l'expérience, et non la discussion théorique, qui doivent décider la question.

Il faut recommander de mesurer souvent au thermomètre le degré de la température dans les différentes périodes de la maladie, surtout avant et après l'affusion froide, d'observer avec soin les variations du pouls, et de distinguer les circonstances où l'affusion doit avoir son effet seul ou joint à quelque médicament interne.

Ici s'ouvre devant les médecins placés à la tête des hôpitaux, des dispensaires, etc., les naturalistes, et aussi, j'espère, devant plusieurs praticiens privés, un vaste champ de laborieuses recherches qui peut produire les plus beaux fruits pour l'humanité et pour la science.

Il nous reste à parler du traitement des affections qui se montrent à la suite de la scarlatine; en particulier de l'hydropisie, qui est la plus commune.

L'anasarque, à laquelle se joint l'hydropisie des cavités internes malgré les secours de l'art, ne survient pas seulement dans les cas graves de scarlatine, ou à la suite de l'action du froid ou d'un courant d'air, etc., mais souvent aussi dans des épidémies bénignes où les enfans ne restent point au lit, et où le médecin ne s'aperçoit d'une éruption de scarlatine qu'au moment où il est appelé pour remédier à l'hydropisie.

On emploie contre elle avec succès, outre les remèdes généraux qui sont déterminés par les dispositions individuelles, les toniques tels que le kina, le colombo, l'angusture, le *quassia* et les extraits amers dissous dans des eaux aromatiques et unis à des essences spiritueuses qui excitent l'activité de la peau. L'usage d'un vêtement de flanelle sur la peau nue, dès que l'éruption commence à sécher; des bains chauds aromatiques avec addition de vin, d'eau-de-vie, de cendre, etc.; les frictions avec des morceaux de laine pénétrés de mastic, les frictions avec des liqueurs spiritueuses, tels sont les moyens les plus ordinaires.

Si l'anasarque se déclare, on ajoute aux remèdes fortifians et excitans ceux qui facilitent la sécrétion urinaire. Il y en a beaucoup de cette nature ; et lorsque plusieurs ont été vainement employés, on en vient quelquefois avec succès à un plus simple.

Ces remèdes sont l'eau de persil, les baies de genièvre (sous forme de rob ; ou, ce qu'on emploie pour remède domestique dans quelques pays, les baies légèrement grillées, en décoction dans la bière ou infusées dans du vin), le radis âcre, le sénéga, la scille et surtout la digitale rouge.

On peut combiner ensemble plusieurs de ces médicamens. La formule 27 (1) s'est souvent montrée utile.

D'autres médecins, Hufeland, Loder, Bucholz ont recommandé les cantharides et reconnu l'avantage de la formule 28 (2).

Les antimoniaux, la céruse d'antimoine d'Huxam et le calomel ont paru avantageux. Quelques médecins emploient aussi le jalap.

Dans les cas assez communs où le caractère de l'hydropisie est inflammatoire, et où se montrent des symptômes d'inflammation interne, alors conviennent les médicamens généralement recommandés, la crême de tartre, le cristal de tartre, la terre foliée de tartre, le lait de soufre, l'esprit de Minderer, le mercure doux comme laxatif. Lorsque le sang se porte vers la tête, et qu'on a à craindre l'hydrocéphale, l'application de sangsues aux tempes et derrière les oreilles est nécessaire. (*Voy.* le chapitre de l'*Hydrocéphale.*) Les cas qui demandent des émissions sanguines se présentent rarement, mais les excitans sont alors essentiellement nuisibles.

Enfin, Hufeland a proposé la belladone, et Pop l'huile de térébenthine dans l'hydrocéphale asthénique après la scarlatine. Je n'ai jamais employé la première ; j'ai fait usage de la seconde

---

(1) Potion dont le quinquina fait la base.

(2) Potion de dix onces où il entre un scrupule de cantharides, qu'on administre par cuillerées ou demi-cuillerées, de trois heures en trois heures ou de quatre heures en quatre heures.

seulement à l'extérieur, sous forme de frictions à la plante des pieds, sans en observer aucun effet.

Contre les douleurs articulaires qui restent quelquefois à la suite de la scarlatine, on a donné avec succès le camphre à l'intérieur, à petites doses souvent répétées. A l'extérieur on excite la peau par des topiques, et l'on enveloppe de toile cirée et de taffetas ciré les articulations douloureuses.

Dans ces derniers temps on a cherché contre la scarlatine un préservatif qui pût soit arrêter l'infection dans les épidémies régnantes, soit adoucir le caractère de la maladie une fois prononcée.

Le fameux remède d'Hahnemann, dont une goutte contient un 24,000,0000[me] de grain d'extrait de belladone, a été vraiment essayé par quelques médecins! d'abord sans résultat; ce que l'auteur cherche à expliquer par la distinction entre la scarlatine vraie et ancienne, et une nouvelle fièvre pourprée.

Plus tard, Schenk a apporté un témoignage favorable sur le préservatif d'Hahnemann, qu'il avait employé dans une épidémie du bailliage d'Hilchenbach. Hufeland assure aussi que, dans une épidémie terrible, tous ceux ceux qui prirent le remède d'Hahnemann furent exempts de la maladie. (*Hufeland's und Himly's Journal*, 1812, Mai, s. 119-126.)

Enfin, Hedenus a donné ce remède, mais à hautes doses (deux grains d'extrait de belladone dissous dans une once d'eau de cannelle; deux, quatre, six gouttes matin et soir), et l'action préservatrice s'est manifestement montrée dans plusieurs épidémies. (*Hufeland's und Himly's Journal*, 1814, Mai, s. 42.) Ce point mérite des expériences ultérieures.

Neumann, Struve et d'autres ont cru découvrir dans l'usage interne des acides minéraux un moyen préservatif; mais la chose n'a pas été confirmée. Le chirurgien anglais Braithwaite a conseillé, comme suffisant pour la cure de la scarlatine et de ses suites, un mélange de deux gros d'acide muriatique oxigéné et de huit onces d'eau, donné toutes les trois heures; suivant l'âge, depuis une demi-once jusqu'à deux onces.

L'inoculation de la vaccine est tout aussi peu efficace contre l'infection de la scarlatine. Les expériences d'Augustin et d'Hegewisch, d'après lesquelles le gaz de chlore arrêterait l'infection et s'opposerait à ses progrès dans les maisons où sont les malades et les personnes susceptibles de contracter la maladie, sont dignes d'attention et demandent à être répétées.

(HENRI GOURAUD.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

I. *Des tumeurs fongueuses de la dure-mère et du crâne*, par MAXIM. JOS. CHELIUS. Heidelberg, 1831. — Nous ne pouvons nous dispenser de communiquer à nos lecteurs les principaux résultats de l'observation et de la pratique de l'auteur.

1° La dure-mère est susceptible par elle-même de dégénérescences fongueuses qui se montrent soit sur sa face interne, soit sur sa face externe, soit sur l'une et l'autre. Celles de la face externe peuvent dépendre de la désorganisation plus ou moins avancée de la face interne du crâne, qui tend alors de plus en plus à former avec les excroissances de la dure-mère des masses stéatomateuses ou fibreuses. Quand la maladie a envahi peu à peu toute l'épaisseur du crâne et forme à l'intérieur une tumeur, celle-ci est tellement adhérente à la surface osseuse et confondue avec elle, qu'on ne peut voir ses limites trancher sur cette surface. Une pareille tumeur ne rentre point à la pression et n'offre point de pulsations; ou, du moins, si les pulsations du cerveau lui sont communiquées quand une grande étendue du crâne a été détruite, ces pulsations seront toujours faibles et faciles à distinguer de celles que peuvent produire les artères développées dans la tumeur. D'autres fois, la tumeur fongueuse se borne à la dure-mère, et en général alors occupe sa face externe. Dans ce cas, ce qui la caractérise surtout, c'est qu'elle acquiert une masse considérable, sans produire sur les parties voisines d'au-

tres effets que ceux qui résultent nécessairement de la pression. La désorganisation des os qu'on observe dans les progrès de la tumeur fongueuse date toujours de l'origine de la tumeur, marche de dedans en dehors, et finit par traverser le crâne et par faire saillie sous les tégumens. La dissection nous montre à la face interne du crâne des cavités plus ou moins profondes correspondant aux divers degrés de développement de la tumeur, et, quand le crâne est complètement traversé, la désorganisation de la table interne est bien plus étendue que celle de la table externe, dont les bords limitent bien le mal extérieurement. Quand la tumeur apparaît au dehors, on sent le contour du bord osseux; la tumeur offre des battemens qui correspondent à ceux des artères, et peut, tant que son volume n'est pas devenu trop considérable, rentrer par la pression, et produire ainsi des effets plus ou moins marqués de compression cérébrale. Ces différens phénomènes offrent quelques modifications, suivant le volume de la tumeur et ses rapports avec l'ouverture osseuse. Le péricrâne enveloppe la tumeur comme une espèce de sac, ou prend plus ou moins part à sa transformation vicieuse : simples conséquences de la pression et de l'irritation adhésive, comme on l'observe pour toutes les tumeurs et leurs enveloppes.

2° La dure-mère et le péricrâne peuvent se désorganiser en même temps, de sorte que, entre chacun d'eux et la paroi correspondante du crâne, il se forme une masse fongueuse qui contracte des rapports organiques avec les os; ceux-ci ne sont entraînés dans cette masse désorganisable qu'à raison de leur voisinage, et c'est le diploë qui devient malade le dernier. Tant que l'os n'est pas complètement détruit, il paraît au dehors une tumeur plus ou moins saillante qui se continue insensiblement avec la surface osseuse, ou qui laisse sentir dans quelques points de son contour un rebord osseux. Cette tumeur est plus ou moins mobile, n'offre aucun signe de pulsation cérébrale (comme dans le cas précédent), pourvu que le crâne ne soit pas absorbé dans toute son épaisseur; et si quelques vaisseaux isolés se développaient dans son tissu, le doigt distinguerait bien leur pul-

sation qui, sous le rapport de la force, n'est point à comparer avec celle des tumeurs fongueuses de la dure-mère.

3° La masse fongueuse peut se développer entre le crâne et le péricarde comme fongus du péricrâne. La tumeur alors a toujours de fortes adhérences avec le crâne, et est accompagnée d'un état pathologique de l'os. Si celui-ci fait partie de la masse de la tumeur, elle lui adhérera si fortement par les bords, que les phénomènes produits dans les tumeurs fongueuses de la dure-mère ne pourront se produire ici, et on n'observera pas d'autres symptômes que ceux qui sont présentés par des tumeurs de semblable nature siégeant sur d'autres os.

4° La dégénérescence commence dans le tissu spongieux du diploë, et s'étend soit également en dedans et en dehors, soit plus dans un sens que dans un autre. La tumeur a avec les os des rapports d'adhérence très-intimes et organiques; et quand le crâne est détruit par la maladie, elle envahit la dure-mère et le péricrâne; et dans ce cas on observera des pulsations, et il sera possible de faire rentrer la tumeur.

5° Enfin, plusieurs des maladies citées, différentes, comme on voit, sous le rapport de leur origine, peuvent se trouver réunies.

Quant à l'opportunité de l'extirpation des fongus de la dure-mère, Chélius s'accorde avec Zang et regarde avec raison comme possible le succès de cette opération dans certains cas. C'est aussi ce qui résulte de l'observation de Ficker. Évidemment la compression de semblables tumeurs est contre-indiquée, quoique Zang la conseille. (*Litterarische Annalen der Gesammten Heilkunde*. Berlin, 1831, August.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT ROYAL DE FRANCE.

(Fin août et septembre 1831.)

Découverte de la pierre lithographique dans la Haute-Marne. — Choléra-morbus. — Améliorations des races de moutons, de bœufs et de chevaux. — Nouveau moyen de détruire les calculs vésicaux.

Séance du 29. — Le ministre du commerce écrit à l'Académie qu'il accorde le passage sur le brick *la Flèche*, qui est à Toulon, aux deux naturalistes qu'elle désignera pour aller explorer l'éruption volcanique qui a récemment eu lieu à vingt-cinq milles du cap Saint-Marc dans le sud de la Sicile. L'Académie a désigné M. Constant Prévot pour faire ce travail.

M. Chevalier écrit qu'il a reconnu la pierre lithographique en grande abondance dans le département de la Haute-Marne.

M. le barron Larrey lit un nouveau travail sur le choléra-morbus, adressé au commencement de cette année à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. Le choléra-morbus, dit l'auteur, consiste dans une aberration de la bile et de la portion séro-albumineuse du sang. Ces fluides, accumulés dans les intestins, les stimulent et les irritent. Cette irritation une fois imprimée sur les tuniques de ces organes, celles-ci éprouvent presque aussitôt une contraction spasmodique ou nerveuse, qui est immédiatement suivie d'un mouvement antipéristaltique, et de vomissemens plus ou moins rapprochés, avec les douleurs

violentes de colique, de crampes douloureuses dans les membres, suivies de contractions convulsives, surtout aux jambes, qu'on ne peut calmer que par une forte compression et par l'application de la chaleur artificielle. Tels sont les principaux symptômes du choléra-morbus, qu'on peut distinguer en sporadique et en épidémique. Dans le premier on n'observe jamais les taches pourprées ou gangréneuses qui se montrent souvent aux extrémités inférieures ou ailleurs dans le choléra épidémique indien. Cette maladie, qui se déclare ordinairement tout-à-coup dans certaines contrées favorables à son développement, se manifeste par des nausées, des douleurs d'entrailles, des maux de tête, des vertiges, souvent des syncopes et du trouble dans les fontions sensitives et locomotrices. Le malade éprouve une pesanteur pénible à la région sternale, avec oppression et un sentiment de chaleur brûlante à l'estomac (fer chaud). Bientôt les coliques succèdent aux douleurs vagues et primitives; le vomissement et des déjections alvines bilieuses, avec ténesme, surviennent et jettent promptement les sujets dans un état de prostration. Très-souvent les déjections intestinales se ralentissent; les douleurs de colique et les vomissemens augmentent progressivement. Le pouls et la respiration sont d'abord accélérés; la chaleur latente se développe, la transpiration cutanée et l'urine se suppriment; il arrive même souvent qu'avec la suppression ou la rétention même de ce dernier liquide dans la vessie, le cours de la bile est suspendu et que cette liqueur se trouve également retenue dans la vésicule du fiel par la contraction spasmodique qui se communique de l'intestin duodénum au canal cholédoque. On en juge par des douleurs fixes qui se manifestent au centre et au dessous de l'hypochondre droit et par l'absence de l'évacuation de ce liquide par la bouche et les voies alvines. Il est remplacé par des matièrres grisâtres, albumineuses et quelquefois sanguinolentes. La peau est sèche et crispée, la soif inextinguible. L'insomnie et l'inquiétude s'emparent du sujet; le ventre se tuméfie, devient douloureux les cris se rapprochent; la conjonctive et la peau prennent ordinairement une teinte brune, et, après quelques

exacerbations fébriles, le pouls devient petit, nerveux, la prostration augmente, les vomissemens se rapprochent, un froid glacial pénètre les extrémités qui sont frappées de paralysie; enfin, les sujets perdent connaissance et expirent tout-à-coup avec tous les signes d'une gangrène intérieure. On voit rarement, avant la mort, se manifester, sur différentes parties du corps, des exanthèmes, tels que pétéchies et taches charbonneuses.

A l'ouverture des cadavres, on trouve une plus ou moins grande quantité de sérosité roussâtre, épanchée dans les cavités séreuses de la poitrine et de l'abdomen. Le tissu charnu de tous les muscles, en général, et celui du cœur, est ramolli; les parois des cavités de ce dernier organe sont distendues par du sang très-liquide, noir et mêlé de molécules d'un aspect oléagineux. Les poumons sont affaissés, de couleur bleuâtre, et les bronches remplies de mucosités sanguinolentes; les épiploons sont tuméfiés et presque toujours parsemés de taches gangréneuses; l'intestin grêle présente souvent une ou plusieurs invaginations qui se sont établies de bas en haut. Lorsqu'elles sont récentes, le seul désemplissement suffit pour qu'elles disparaissent. C'est ce qui fait qu'elles ont échappé aux recherches des médecins. Mais, lorsqu'elles sont produites de très-bonne heure, et que l'inflammation adhésive s'y est établie, alors on les retrouve tout entière. Il en est qui ont deux ou trois pouces d'étendue. Les portions les plus internes sont oblitérées et elles se frappent promptement de gangrène. Des fluides visqueux, d'un jaune grisâtre, recouvrent en plus ou moins grande quantité la surface interne des membranes muqueuses des intestins. Celles-ci sont ramollies, quelquefois perforées ou ulcérées. Le foie participe constamment à cette affection morbide; il n'est pas rare de rencontrer dans sa propre substance des foyers purulens et la vésicule remplie d'une bile verdâtre, résultat de la rétention qui s'y fait sans doute dans les derniers jours de la maladie. On trouve souvent aussi la vessie distendue par une très-grande quantité d'urine de couleur brunâtre. Le cerveau reste ordinairement intact; les vaisseaux des méninges sont injectés, et le fluide cérébro-spinal

est seulement plus abondant que dans l'état normal. Tel est le tableau que M. le baron Larrey trace de ce fléau.

M. Geoffroy Saint-Hilaire présente en manuscrit un cinquième mémoire sur les pièces osseuses de l'oreille chez les crocodiles et chez les téléosaurus.

M. Dutrochet lit un mémoire sur l'emploi du sable silicieux comme substance fertilisante. *Commissaires :* MM. Chaptal et Sylvestre.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE. M. Amussat adresse un mémoire cacheté sur les améliorations de la pince à trois branches.

M. Serbet dépose un paquet cacheté contenant, dit-il, un fait nouveau en chimie.

M. Girou de Buzaringue lit un mémoire sur l'amélioration des moutons, des bœufs et des chevaux. Dans ces animaux, dit-il, on doit considérer la taille, les formes et les qualités.

La taille doit être calculée sur celle des plantes dont ils se nourrissent; elle s'élève si ces plantes sont hautes, si leur végétation est luxuriante et rapide. L'agriculture, qui donne les moyens d'accroître la taille des plantes, donne aussi ceux d'augmenter celle des animaux herbivores. Ce serait une erreur de tendre à élever outre mesure la taille des moutons, lorsqu'on possède des terains secs, arides et montueux, quels que fussent d'ailleurs les moyens supplémentaires de les nourrir à la bergerie; car le volume des organes de la mastication cessant d'être en rapport avec l'exiguité des plantes qui croissent sur ces terrains, l'animal épuiserait inutilement ses forces à saisir une nourriture dont il sentirait à peine la présence dans sa bouche, et dépérirait par insuffisance d'alimens, lors même qu'il pourrait manger sans cesse. La taille des moutons doit être en rapport avec celle de leurs pâturages spéciaux.

Les bœufs veulent être conduits dans les prairies naturelles; ce n'est guère sans inconvénient qu'on les mène paître dans les prairies artificielles. Sans proscrire l'usage des fourrages artificiels pour les bœufs, M. Girou les croit moins bons que celui

des graminées qui croissent sans arrosement dans les prairies naturelles, et qu'ils peuvent impunément manger en herbe. C'est sur la taille relative de ces dernières plantes que doit être, dit-il, calculée celle des bœufs.

Quant aux chevaux, la paille de froment, les fourrages artificiels, plusieurs racines, les féverolles, l'orge, l'avoine leur conviennent. Leur taille peut donc se calculer sur la bonté du sol cultivé, les soins hygiéniques et l'état de l'agriculture.

Pour les moyens d'acquérir les formes et les qualités désirables, on peut introduire dans tout pays de belles races étrangères. Le moyen le moins coûteux, le plus sûr et le plus prompt d'atteindre ce but est le croisement par les mâles. Ceux-ci transmettent plus spécialement que la femelle les formes externes, surtout celle de ses extrémités antérieures, tandis que la femelle transmet plus spécialement que le mâle les organes internes et les formes externes qu'ils modifient comme celles du tronc et de la croupe. La femelle a une plus grande influence sur la taille des produits, et surtout sur celle des produits féminins. On doit éviter d'allier un étalon grand avec une femelle petite, tandis qu'il n'y a point d'inconvénient à allier un petit étalon avec une grande femelle; cependant les alliances disproportionnées sont toujours chanceuses et donnent ordinairement des membres décousus. L'étalon doit être jeune; s'il est vieux, il ne féconde pas toujours : il transmet les tares anciennes et les formes de la vieillesse. La femelle doit avoir acquis son plus parfait développement. La race du mâle doit être plus ancienne que celle de la femelle; il est même bon que celle-ci n'ait point de race. Si elle appartient à un type ancien et constant, on a à vaincre l'influence des siècles; lorsqu'elle provient de mélanges variés, on n'a souvent à vaincre que l'influence d'un jour. Dans tout croisement, il y a lutte entre deux puissances; la plus ancienne et la mieux fondée l'emporte toujours.

M. Bulard envoie de Pétersbourg un mémoire, accompagné de plusieurs dessins, sur un nouveau moyen de détruire les calculs vésicaux. Voici la description de cet appareil :

1. *Sonde cylindrique en platine:* droite ou *courbe* à volonté, à double courant, séparé par une cloison mobile. Longueur, de huit à onze pouces; diamètre, de trois à quatre lignes, selon le besoin.

Deux *tubes*, placés entre la sonde et les coulisses de la cloison, font corps avec la sonde. L'ouverture de ces tubes est sur la partie latérale de l'extrémité supérieure de la sonde; l'ouverture inférieure est formée par deux becs à angle droit, terminés par des vis auxquelles se vissent deux tubes élastiques de même diamètre. L'un de ces tubes porte le nom de *tube alimentaire de la vessie;* dans l'opération il doit être placé en dessous. Le second se nomme *tube expulseur de la vessie.*

2° *Cloison mobile de la sonde en fer ou en acier.* Elle est plane du côté du tube expulseur de la vessie: elle doit être très-polie. Plus longue que la sonde d'un pouce, elle doit pouvoir la dépasser par les deux extrémités, et être retenue dans sa position naturelle, à volonté, par une petite pièce à ressort qui s'ouvrirait, au besoin, au moyen d'un bouton placé sur le tranchant de son extrémité inférieure.

3° *Poche:* composée d'un cylindre d'un à deux pouces, selon la grosseur du calcul; environ huit pouces de cette poche sont en soie écrue; le reste est en toile de platine ou d'or, ou taffetas de soie écrue plaqué en or ou platine. Les seules conditions que doit remplir cette poche sont que la partie métallique soit imperméable et inattaquable par les acides et les alcalis; qu'elle ait une souplesse suffisante pour les mouvemens auxquels elle sera soumise, et une finesse qui permette de la placer pliée dans l'espace de la sonde qui lui est réservé. Un taffetas ordinaire remplit parfaitement cette condition, à plus forte raison une toile de platine en fils de 1/1200e de millimètre de diamètre. En outre, *certaines membranes tannées et plaquées* peuvent encore présenter un aussi grand état de finesse.

Les *premiers huit pouces* sont en simple taffetas écru, pour lui laisser toute la souplesse nécessaire aux premières opérations sur le calcul; celles qui auront lieu sur la partie métallique de

la poche en exigent beaucoup moins. L'extrémité doit porte six fourreaux pour recevoir les branches de l'extenseur. L'extrémité supérieure de cette poche est garnie de *quatorze fils de soie,* dont un bout est passé en coulisse autour du bord de la pche et ensuite y est fixé; les autres bouts se réunissent en *cône* après une longueur de trois pouces, et sont ensuite confondus enun *seul cordon* long de vingt pouces. La *longueur de la poche métallique* doit être du double de celle de la sonde, plus quatre pouces.

4° *Extenseur :* composé d'une tige en acier terminée par six branches en acier de deux pouces de longueur. Ces branches doivent être très-élastiques, et, dans leur position libre, former un hexagone en tulipe, du diamètre supérieur de quelques lignes de plus que celui de la poche. Quand les branches sont rabattues par la pression, elles doivent former le prolongement du manche de l'extenseur. Ce manche doit avoir d'une demi-ligne à trois quarts de ligne de diamètre, pour donner passage à un stylet en acier. Il se termine par une partie plate de deux lignes de diamètre sur six de longneur.

5° *Stylet :* petit cylindre en acier, d'un diamètre suffisant pour avoir un libre passage dans le tube de l'extenseur. Il doit avoir la même longueur que cet extenseur et être terminé par un bouton.

6° *Conducteur :* verge d'acier élastique terminée par un *anneau à rebords bien arrondis,* du diamètre intérieur de trois quarts de ligne. La tige a une épaisseur suffisante pour être un peu rigide, quoique élastique. L'extrémité inférieure est courbée à angle droit, plus longue de quatre pouces que la sonde.

7° *Tube alimentaire de la poche :* tube rigide en platine, dont partie droite plus longue d'un pouce que la sonde; le reste va en se courbant en quart d'arc d'ellipse sur environ dix pouces. Ce tube est creux; son diamètre extérieur doit être environ d'une ligne à trois quarts. Le diamètre intérieur doit être aussi grand que possible.

8° *Tube expulseur de la poche :* même forme et même di-

mesion que ci-dessus, en platine. A l'extrémité de la partie corbe est une vis à laquelle doit s'adapter une pompe aspirante et oulante.

9° *Pompe aspirante et foulante en platine*, s'adapte au tube précédent, sert à extraire le liquide de la poche, après son action dissolvante sur le calcul.

10° *Pompe aspirante et foulante en métal quelconque*, s'adapte au tube expulseur de la vessie, et sert à renouveler et à épulser le liquide neutre qui remplira la vessie.

11° *Appareil de flocons gradués* contenant les dissolvans des calculs.

On place la cloison dans la sonde; on met le stylet dans l'extenseur, celui-ci dans la poche, et ses six branches dans leurs fourreaux. On plisse la poche pour la préparer à entrer dans le courant; autour de la poche plissée on rabat le cône des fils et le fil qui les réunit tout le long de la poche sur une longueur de cinq à six pouces. On relève ensuite ce qui reste de ce fil, et on le dirige dans le passage de la sonde où doit être introduite la poche, de telle sorte que ce fil reste pendant à l'extrémité de la sonde. Ensuite on fait glisser la poche avec l'extenseur et le stylet dans la sonde, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à l'extrémité supérieure, sans la dépasser en aucune manière. On tire alors le fil, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus que quelques pouces de repliés dans la sonde, jusqu'à ce qu'il ressorte par l'autre bout. La sonde est alors préparée.

Le malade étant couché sur le dos, on place la sonde et on l'enfonce jusqu'à ce que son extrémité débouche dans la vessie, mais pas plus. Le courant où est la poche doit être placé en dessous.

La sonde est fixée : on fait glisser dans son intérieur et vers la cavité de la vessie la poche et l'extenseur d'environ deux pouces; l'extenseur se développe et fait ouvrir la poche de tout son diamètre. On fait relever le malade ; le calcul tombe naturellement entre les branches de l'extenseur, et, par conséquent, dans l'ouverture de la poche. Lorsque le malade est relevé, on sonde

légèrement avec le stylet pour reconnaître si le stylet est tombé dans la poche ; ce dont on s'apercevra au choc, au poids et au libre passage du stylet. Si le calcul est tombé à côté de la poche, on recouche le malade ; le calcul retombe dans la partie supérieure de la vessie. On relève le malade avec soin, et l'on recommence cette opération jusqu'à ce que le calcul soit arrivé dans la poche. Nous ne pousserons pas plus loin les détails de cette opération ; nous nous bornerons à dire qu'on remplit la vessie au moyen du tube alimentaire, qu'on en soutire le liquide au moyen du tube expulseur, et qu'on fait arriver en le dissolvant du calcul dans la poche où il se trouve renfermé. Ce procédé n'est nullement nouveau : il a beaucoup d'analogie avec ceux de MM. Robinet et Dudon ; il est même plus compliqué, et par suite, d'une exécution bien plus difficile, pour ne pas dire impossible. La lecture du mémoire de M. Bulan annonce que l'auteur ne s'est livré à aucune expérience qui puisse servir de base à son travail, et que son procédé n'est, à proprement parler, qu'un essai à faire, essai que nous ne craignons pas de déclarer infructueux en suivant même les indications de l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Septembre 1831.)

Machine propre à contenir les malades dans les opérations. — Choléra-morbus de Russie. — Huile de cajeput. — Appareil pour dégager le chlore. — Diagnostic des maladies du cœur. — Conseils aux médecins en cas d'invasion du choléra-morbus.

SÉANCE DU 6. — *Machine propre à contenir les malades obligés de subir des opérations chirurgicales.* Cette machine est de l'in-

vention de M. Touchard. Figurez-vous une sorte de squelette en fer, brisé d'espace en espace, pour s'accommoder aux articulations de l'homme. On applique le patient sur cette machine, on assujettit ses membres, ses bras, ses jambes, tout son corps, avec des lanières de cuir, de telle sorte qu'il n'a de mouvemens que ceux qu'il reçoit de la machine avec laquelle il est comme identifié. L'idée peut être ingénieuse, mais l'instrument est inutile, et ne saurait certainement soutenir la comparaison avec des aides intelligens. Tout au plus, pourrait-on l'employer dans un cas urgent, en l'absence de tout autre secours.

Ablation de l'os maxillaire supérieur, pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, par M. le docteur Lafont. — *Rapport* de M. Hervez de Chégoin. (*Voyez* l'article *clinique* et *mémoires*. dans ce cahier de *la Revue*.)

Traité de la goutte. M. Mestivier lit un rapport intéressant sur un travail sans intérêt sorti des mains d'un homme doublement étranger à notre art, par sa profession et par ses connaissances.

Je passe sur d'autres communications aussi insignifiantes : c'est une des misères des sociétés savantes.

Séance du 13. — *Choléra-morbus*. M. H. Cloquet, membre de la commission médicale envoyée en Russie, écrit de St-Pétersbourg, à la date du 16 août, la lettre suivante :

« Quoique le mal ait ici perdu de son intensité et que le nombre des malades diminue de jour en jour, j'en ai encore assez rencontré pour demeurer convaincu que cette grave affection n'a que peu de chose de commun avec le choléra des auteurs et qu'elle en diffère complètement sous plus d'un rapport.

» Elle est précédée de céphalégie, de frissons, de soif, de nausées, et surtout d'un sentiment inexprimable de terreur et d'angoise, à la suite duquel il semble y avoir *hémostase*, le pouls contracté et serré, mourant, fréquent, annonce la débilité de l'organe central de la circulation, et peut-être même ce que l'on observe lors de l'autopsie des cadavres, un épaississement plastique du sang dans les vaisseaux.

» C'est alors que des vomissemens répétés coup sur coup, que des déjections alvines non moins fréquentes, diarrhéiques, comme colliquatives, se manifestent avec chaleur et tension de l'abdomen, douleurs atroces dans l'estomac et dans les intestins.

» Voilà du moins ce qui a lieu le plus habituellement, car souvent les évacuations tant par haut que par bas sont nulles.

» En même temps, il y a prostration absolue des forces, avec éréthisme anormal du système nerveux, froid glacial de la langue qui semble appartenir à un cadavre, et des extrémités des membres qui sont toutes noires et violemment contractées.

» La face est profondément altérée, les yeux sont égarés et incertains, repoussés dans le fond de l'orbite; les paupières, surtout l'inférieure, sont déprimées. Cet état dure peu de jours et parfois seulement quelques heures.

» Si la maladie persiste, alors changement de scène : cessation des vomissemens et de la diarrhée; flaccidité, relâchement, impuissance d'action du système musculaire, extrême petitesse et même évanouissement complet du pouls; ensemble de symptômes ataxiques, congestion cérébrale, assoupissement. On croirait observer un cas de typhus ordinaire des camps.

» Les décès et les guérisons sont à peu près en égale proportion. Un jour que je visitais l'hôpital Semenossky, le médecin en chef me fit voir que, dans un temps donné, il y avait deux cent quatre-vingt-quatorze morts et deux cent quatre-vingt-quinze convalescens. Les vieillards et les enfans succombent d'ailleurs plutôt.

» Du reste, une terminaison funeste est presque toujours la conséquence du retard dans les secours administrés au patient.

» Quant à la contagion ou à la non contagion, je ne sais encore que décider; je collige des faits : mais deux ouvertures de cadavres, que j'ai pratiquées ce matin, malgré les difficultés sans nombre qu'on éprouve pour se livrer à cette opération, sembleraient faire pencher pour l'une plutôt que pour l'autre.

» Le premier de ces morts était un militaire de cinquante-six ans, traité au grand hôpital de Wibourg; décédé le troisième

jour de la maladie et depuis vingt-quatre heures seulement.

» Les tégumens communs, comme contractés surtout aux pieds et aux mains, étaient d'un jaune pâle, excepté sur les doigts et les orteils, qui offraient une teinte d'un noir bleuâtre.

» Le faciès était grippé et décomposé.

» Une sanie jaune et fétide s'écoulait de la bouche et des narines.

» Ayant mis au jour et ouvert quelques veines, dans diverses régions il s'en écoula abondamment un sang noir fluide, quoique visqueux et poisseux, d'une odeur infecte et qui, par le repos, se couvrit de nombreuses petites gouttelettes d'une matière huileuse.

» Le névrilème des nerfs m'a paru fortement crispé, ridé transversalement ; mais surtout ses vaisseaux étaient gorgés d'un sang rutilant et stagnant, comme si cette membrane avait été fortement phlogosée. Ce phénomène était général.

» La moelle épinière, que je détachai dans toute son étendue, était dure.

» Entre elle et ses enveloppes, on remarquait un épanchement considérable de sérosité claire. Les vaisseaux sanguins qui rampent à sa surface étaient rouges et engorgés. Il y avait même par place des ecchymoses dans le tissu cellulaire qui les environne.

» Les artères de la base du cerveau étaient gorgées de sang veineux, à tel point qu'elles flottaient librement dans la sérosité et étranglaient de leurs circonvolutions les nerfs pneumo-gastriques.

» Les ventricules renfermaient une immense quantité d'eau, c'est-à-dire environ deux grands verres.

» Les plexus choroïdes étaient pâles et très-macérés.

» Les poumons étaient splénifiés et adhérant aux plèvres.

» Le cœur était totalement vide et comme macéré.

» Le foie criait sous le scalpel.

» La vésicule du fiel était vide.

» Une sanie verdâtre, grisâtre et jaunâtre tout à la fois, distendait l'estomac dont la membrane interne n'était pas enflammée.

» Le gros intestin contenait une énorme quantité d'une bouillie grise et infecte.

» J'aurais encore bien des choses à ajouter, M. le président; les détails d'autres autopsies pourraient vous être transmis; mais, victime non encore guérie de l'épidémie, depuis dix jours je n'ai pas dormi, je n'ai pas mangé, je ne bois que de l'eau; ma tête ne veut plus me servir, ma main tremble, mes jambes refusent de me porter; en vérité j'ai été horriblement malade; je le suis bien encore, mais je ne succomberai pas, ne fût-ce, M. le président, que pour, etc. »

Même sujet. M. François lit une lettre datée de Vienne, du 1er septembre. Il y est dit que, le docteur Stift ayant considéré le choléra comme non contagieux, un général, dont le nom m'échappe, mais qui commandait en Gallicie le cordon sanitaire, eut ordre de lever ce cordon. Ce général n'obéit qu'à la troisième injonction. Dès lors le mal se répandit en Gallicie, en Hongrie, et de Hongrie il est venu jusqu'aux portes de Vienne.

Du 18 août au 2 septembre, deux cents villages hongrois ont été atteints. On y a compté dix-neuf mille trois cent trente-huit malades; dix mille morts et trois mille guérisons; il reste encore plusieurs milliers de malades.

Jusqu'ici le choléra n'a envahi en Autriche que cinq villages, à quatre ou cinq lieues de Vienne. On les a isolés avec les plus strictes précautions. Deux de ces villages sont déjà libres: et l'on espère préserver la capitale, où le choléra ne s'était point encore montré à la date que porte cette lettre.

Ces communications terminées, M. Marc prend la parole pour se plaindre de l'abus qu'on a fait de ses paroles dans les journaux concernant l'huile de cajeput. Il n'y en avait pas peut-être six livres à Paris, avant qu'il fût question de son efficacité contre le choléra, et maintenant on en trouverait des tonneaux: cela veut dire qu'il s'est trouvé des hommes assez cupides pour la fabriquer de toutes pièces, sans réfléchir que les malades paieraient peut-être un jour de leur vie cet odieux mensonge.

Les plaintes de M. Marc inspirent à M. Larrey la pensée d'a-

voir un bulletin où l'Académie consignerait exactement tous ses travaux.

La peur du danger met toutes les imaginations en travail. M. Brayer, voyant que les femmes de Constantinople sont moins sujettes au choléra que les hommes, croit qu'elles doivent cet avantage à l'habitude où elles sont de porter constamment sur le visage un double voile.

Poudre dite rafraîchissante, préparée par M. Foy. — Rejetée sur le rapport de MM. Guenaud de Mussy, Itard et Bousquet.

Appareil pour dégager le chlore; par M. Frigerio. — C'est une modification heureuse du procédé de Guyton de Morveau. Pour saisir les différences de l'un et de l'autre, il suffira de rappeler que, dans celui de Guyton, on formait le chlore en versant de l'acide hydrochlorique sur du peroxide de manganèse, ou de l'acide sulfurique sur un mélange de peroxide de manganèse et de sel marin; mais il en résultait qu'au moment de l'immersion le dégagement du chlore était quelquefois tellement fort qu'il pouvait incommoder les personnes qui se trouvaient au milieu de ses vapeurs, tandis qu'au bout de quelque temps l'effet était presque terminé, et le dégagement du gaz-chlore presque nul, au lieu que, par le procédé de M. Frigerio et avec son appareil, l'on ne forme point le chlore, mais on le dégage du chlorure de chaux qui, sous un petit volume, en recèle des quantités considérables. Le dégagement, étant déterminé par le contact d'un acide qui s'empare de la chaux et élimine le chlore, peut être réglé de telle sorte que l'on peut à volonté l'activer, le ralentir ou l'interrompre. Presque tous les acides peuvent dégager le chlore du chlorure de chaux; mais M. Frigerio emploie de préférence l'acide acétique, dont une partie se volatilise avec le chlore, modifie son odeur désagréable et le rend plus supportable. L'acide acétique étant d'ailleurs susceptible d'être allié au camphre, aux huiles volatiles dont il favorise l'expansibilité, permet de joindre à l'action désinfectante du chlore celles que peuvent exercer les vinaigres aromatiques et camphrés, dont les effets,

quoique non expliqués dans certains épidémies, n'en ont pas moins été reconnus avantageux.

Ensuite M. le rapporteur se livre à quelques considérations théoriques sur l'action du chlore contre les miasmes.

M. de Lens ne croit pas que l'appareil de M. Frigerio soit supérieur à celui de M. Boulay.

M. Labarraque considère tous ces appareils comme inutiles, en ce que le chlore se dégage très-bien de lui-même des chlorures, c'est-à-dire sans addition d'acide.

M. Rochoux met en doute l'utilité du chlore contre le choléra; M. Guersent contre la contagion du typhus.

Sans prendre parti dans cette grave question, M. Double trouve quelque inconvénient à nier ainsi les effets des chlorures. Si l'efficacité n'en est pas constante, elle n'a du moins aucun inconvénient, et il suffirait que l'opinion attachât du prix à cette ressource pour ne pas la lui arracher. Et puis s'il est vrai que les émanations qui s'échappent d'un homme affecté de typhus, par exemple, transmettent la même maladie, il serait peu sensé de considérer comme nul un moyen propre à détruire ces émanations.

Recherches expérimentales sur quelques-unes des bases qui doivent servir au diagnostic des maladies du cœur et de la circulation; par M. Despine. — *Rapport* de M. Andral fils. M. Despine établit, relativement aux bruits que font percevoir les mouvemens du cœur :

1° Que le premier bruit est produit par la contraction des ventricules : c'est là le premier temps.

2° Qu'à ce premier bruit succède un moment de repos : c'est le second temps.

3° Qu'ensuite vient le second bruit; lequel est produit, non par la contraction des oreillettes, mais par la dilatation des mêmes ventricules; dilatation, expansion active, pendant laquelle le cœur conserve sa résistance, et par laquelle le sang des oreillettes est attiré dans les cavités du cœur.

4° Enfin que les oreillettes, en recevant ou rendant le sang,

ne présentent guère qu'un mouvement vermiculaire au lieu de contraction, et que, si elles prennent quelque part à la projection du sang dans les ventricules, c'est uniquement par leur élasticité.

Ces quatre propositions ne sont que l'expression des expériences faites d'abord par M. Despine, et répétées sous les yeux de M. le rapporteur. Toutefois la troisième proposition n'a jusqu'à présent pour elle qu'une grande probabilité. Elle ne peut être confirmée que par des observations directes faites sur les maladies du cœur.

Une autre question examinée par M. Despine, c'est celle de la simultanéité du premier battement du cœur avec celui des artères; il résulte de ces observations que cette simultanéité n'a guère lieu que dans les artères très-voisines du cœur; mais que, plus on s'éloigne du centre de la circulation, plus l'expansion artérielle tend à devenir isochrone au second bruit du cœur : résultat vérifié par M. le rapporteur lui-même sur quelques malades de l'hôpital de la Pitié.

M. Piorry fait observer que M. Pigeau a publié des observations fort analogues à celles de M. Despine et avant M. Despine.

Séance du 20. — *Choléra-morbus.* — Nous avons rendu compte, dans le dernier cahier, de toute la partie du rapport dont la commission avait donné lecture; mais sa tâche n'était pas complète : il lui restait à faire connaître la partie la plus importante en un sens, savoir les mesures hygiéniques et administratives; c'est ce qu'elle va faire aujourd'hui : elle a divisé cette *instruction* toute pratique en trois parties, suivant qu'elle s'adresse à l'autorité, aux médecins et aux particuliers.

La partie de cette instruction qui est adressée aux particuliers et aux autorités administratives renferme des conseils détaillés d'hygiène publique et privée, applicables aux épidémies en général. La commission se prononce pour l'utilité des cordons sanitaires rigoureux, placés aux frontières qui nous séparent des pays affectés, mais elle rejette les séquestrations à l'intérieur, qui, par l'en-

combrement qu'elles produisent et le découragement dans lequel elles jettent les populations, sont une source de calamités. Voici textuellement l'instruction adressée aux médecins.

Conseils aux médecins en cas de menace de la maladie. — Les épidémies sont dans l'histoire médicale des peuples, des événemens graves. Il faut en recueillir l'histoire, il faut en perpétuer le souvenir, afin que les tristes leçons de ces calamités ne soient pas perdues pour les générations qui suivent.

Autres seront les devoirs des médecins par rapport aux populations menacées, autres seront leurs obligations vis-à-vis des populations atteintes.

Dans ces temps d'inquiétude où les citoyens sont sans cesse en crainte de l'invasion épidémique, le médecin, toujours calme, doit se livrer à l'étude approfondie de cette maladie, afin que si les dangers se réalisent il n'entre pas tout neuf dans la carrière que lui ouvrirait le choléra régnant avec plus ou moins de fureur. Les temps d'épidémies sont des jours de frayeur et de désordre, tout se fait alors avec précipitation, tout s'y passe dans le tumulte et la consternation. C'est dans les momens de calme parfait qu'il faut se préparer à ces agitations; en toutes choses il est avantageux que l'observateur possède quelques notions anticipées des objets qui doivent passer sous ses yeux. Nous étudions avec plus de fruit les phénomènes dont nous sommes avertis par avance. Ceux qui nous arrivent à l'improviste nous éblouissent, nous échappent souvent.

Parmi les ouvrages sur le choléra épidémique que l'Académie pourrait indiquer comme les plus utiles à méditer, elle citera le *Traité* d'Anneslay, celui de Jameson, celui de Turnbull Christie, l'ouvrage de Lichtenstadt, les quatre décades d'observations de MM. Marcus et Jachnichen; et comme ces divers traités publiés en anglais, en allemand n'ont pas été traduits dans notre langue, l'Académie n'hésite point à recommander la lecture du rapport qu'elle a rédigé sur ce sujet, d'après l'invitation du gouvernement. Malgré les utiles travaux de M. Deville, de M. Keraudren, de M. Larrey et de quelques autres, sur le

choléra, les médecins français, qui n'ont eu que peu d'occasions d'observer eux-mêmes la maladie, n'avaient publié rien de complet sur ce sujet. On sait que jusqu'à présent, parmi les médecins français, à peine s'il en est quelques-uns qui aient eu l'occasion d'observer eux-mêmes la maladie.

Le médecin qui aura quelques craintes fondées de l'invasion prochaine du choléra au milieu des populations dont la santé lui est confiée, devra se livrer en même temps à une étude plus approfondie des conditions topographiques au milieu desquelles il se trouve placé. Il cherchera à connaître dans tous leurs détails statistiques les élémens de la population au milieu de laquelle il exerce. Plus tard, à l'aide de ces données préliminaires, il pourra fixer le nombre des malades comparé à la population totale, et le nombre des morts relativement au nombre des malades. Il déterminera les classes, les professions, les sexes, les âges, les constitutions qui ont été épargnées ou atteintes, guéries ou victimes.

A l'aide des notions statistiques préliminaires, il ne confondra pas avec les individus réellement atteints de choléra le nombre des maladies de diverse nature qui, durant les saisons pareilles de l'année, se manifestent ordinairement dans la contrée. Il distinguera aussi sur les listes de mortalité les quantités de morts arrivées à la suite du choléra, du nombre de décès qui, aux mêmes époques de l'année et dans les temps ordinaires, viennent frapper les habitans du pays à la suite de maladies diverses.

Le médecin s'attachera à pousser fort loin ce genre d'études de topographie et de statistique médicales. Dans le nombre des utiles conséquences qui résulteront de cet ordre de travaux, il s'empressera de signaler aux autorités administratives les améliorations que réclament dans cette circonstance toute particulière l'hygiène publique et l'hygiène privée; il s'assurera de l'état sanitaire de toutes les nombreuses réunions de personnes; il veillera à ce que les hôpitaux, toujours proprement tenus, ne soient jamais encombrés; il dirigera l'administration locale dans le choix d'un lieu convenable, où l'on placerait les cholériques qui

ne voudraient pas ou qui ne pourraient pas être traités à domicile; il tâchera aussi de faire disposer par avance une maison de convalescence; il surveillera particulièrement les mouvemens journaliers des hôpitaux; il visitera plus soigneusement les maisons d'arrêt et de détention, les casernes, les colléges, les grands ateliers.

Il deviendra d'une haute importance d'étudier l'état sanitaire des différentes espèces d'animaux avant l'épidémie, pendant sa durée et après sa cessation. On notera les différences que pourraient présenter les animaux fixés dans le pays et ceux qui n'y sont que de passage. Mais on étudiera plus particulièrement les maladies des animaux domestiques, de ceux surtont qui partagent avec l'homme les travaux de l'agriculture, et qui constituent une grande portion des richesses de l'économie rurale.

Conseils aux médecins en cas d'invasion de la maladie. — C'est surtout dans la supposition de l'invasion de la maladie que les obligations du médecin prennent un caractère grave.

Le médecin usera de toute l'influence que donnent le savoir, la considération et les fonctions de sa profession pour agir sur le moral des familles dont la confiance lui est acquise. Il les éclairera sur les dangers véritables de la maladie, sur les précautions qu'il est réellement utile de prendre pour se préserver et sur les moyens qu'il est nécessaire d'employer pour se guérir.

En général, quand on se trouve appelé à étudier une épidémie, on ne serait pas excusable si on négligeait de recueillir un certain nombre d'observations particulières. Ces observations doivent être nombreuses, variées, complètes. Elles présenteront des faits isolés de la maladie, considérée dans la durée totale de l'épidémie, dès son début, pendant sa plus grande force et à sa fin. Elles embrasseront aussi les divers modes de terminaison que l'épidémie a offerts. Avec la guérison elles feront connaître les méthodes de traitement qui ont le mieux réussi à chaque époque de la maladie considérée en général. Avec la terminaison fatale, elles donneront les résultats généraux des lésions cadavériques obser-

vées aussi aux différentes époques de l'épidémie, c'est-à-dire à son invasion, vers son milieu et lors de son déclin.

Placé en face de la maladie qui se manifeste, le médecin cherchera d'abord à fixer l'époque de son apparition et à préciser le moment de son développement; il remontera au premier individu véritablement atteint, et il s'assurera des circonstances sous l'influence desquelles cet individu aura été frappé; il observera aussi avec un soin particulier les premiers malades atteints par l'épidémie; il s'informera si la maladie existe dans tout le voisinage ou si le génie épidémique ne se montre que dans certains endroits; il cherchera à découvrir les conditions manifestes de ces différences.

Il faudra suivre ainsi les progrès du mal chez tous les malades qui auront été successivement atteints et dans les circonstances diverses de localités, de rapprochemens, de relations, de communications qui auront pu servir à l'extension de la maladie. On dressera en quelque sorte la carte géographique de la maladie; on tracera son itinéraire; on dressera sa généalogie, de manière à la suivre pas à pas, depuis les premiers faits jusqu'aux derniers, et depuis ses plus légères impressions jusqu'à ses plus désastreux ravages.

On s'attachera à établir comparativement la topographie médicale des lieux où la maladie a pris naissance, la topographie des pays où elle s'est plus facilement établie, et la topographie des contrées voisines que le choléra n'a pu atteindre.

On cherchera à connaître les conditions et les causes de ces différences sous les trois points de vue qui suivent :

1° Les pays qui ont été violemment et itérativement atteints;

2° Les lieux qui n'ont été que partiellement et passagèrement attaqués;

3° Les contrées qui ont été complètement préservées, soit d'une manière fortuite, soit par l'effet de quelques mesures sanitaires.

Parmi les points qu'il faudra chercher à éclairer, nous désignerons les suivans :

Qu'arrive-t-il quand on est placé loin du centre d'action de la maladie, hors de la sphère d'activité des causes qui l'engendrent?

Un individu atteint du choléra, transporté au loin, peut-il transmettre la maladie à d'autres personnes au milieu de conditions d'ailleurs généralement salubres?

Dans le cas d'affirmative, quelles sont les circonstances qui favorisent cette transmission? Quelles sont au contraire celles qui la retardent ou qui l'empêchent?

Un individu bien portant, par cela seul qu'il a vécu au milieu de populations malades, peut-il, en voyageant, transporter avec lui la maladie? Quelles sont les conditions connues qui augmentent ou qui diminuent cette faculté de transport?

Des personnes qui n'auraient fait que traverser le pays où règne le choléra, et qui n'en auraient pas été atteintes, peuvent-elles se charger des émanations de la maladie et la transmettre ainsi à d'autres pays?

Un individu en proie au choléra qui règne, transféré loin du foyer où la maladie a pris naissance, acquiert-il pour lui-même des chances de guérison plus nombreuses que s'il fût resté dans les lieux où il a été saisi?

Une famille, un corps de troupes, une réunion quelconque de personnes, parmi lesquelles le choléra règne, parviennent-ils à se débarrasser plus vite du fléau en s'éloignant du lieu où la maladie les avait atteints?

Différens objets ayant immédiatement servi aux cholériques, tels que couvertures, matelas, linge de corps, tissus, vêtemens et autres, portés loin du foyer de la maladie, conservent-ils plus ou moins long-temps la faculté de transmettre le choléra aux personnes qui se serviraient de ces objets, ou qui auraient seulement l'occasion de les manier?

D'autres objets portés, touchés, gardés par les malades, comme bijoux, meubles, livres, papiers, peuvent-ils transporter la maladie loin de son foyer d'action et en dehors des circonstances capables de donner naissance à un nouveau foyer?

Des substances animales, végétales, minérales, les matières alimentaires et autres, ayant seulement resté dans le pays où règne la maladie et sans avoir été immédiatement touchées par des malades, peuvent-elles transmettre au loin la maladie?

Les animaux vivans, soit domestiques, soit de basse-cour, qui ont séjourné dans le pays où règne le choléra, peuvent-ils, en changeant de place, emporter avec eux la propriété de transmettre la maladie?

La solution de la plupart de ces questions, hâtons-nous de le dire, est ardue, et les tentatives pour les résoudre seraient périlleuses : aussi devra-t-on pour celles-là se contenter de recueillir et de mettre à profit les circonstances fortuites qui, nées durant le cours de la maladie régnante, soit de généreux dévouemens, soit d'aventureux calculs, pourraient fournir à cet égard de précieux documens.

Il est une autre série de questions que l'on pourra plus facilement résoudre, et dont les essais de solution restent sans aucun danger.

On recherchera si les occasions des grands rassemblemens ont favorisé l'extension de la maladie; on examinera comment la maladie s'est conduite envers les habitans de communes différentes, à la suite d'une foire, d'un marché, d'une fête publique.

A quelle époque le choléra a-t-il paru dans le pays et combien de temps y a-t-il régné?

Après avoir quitté entièrement un pays, y a-t-il quelquefois reparu, et sous quelles particularités s'y est-il présenté ainsi une seconde fois?

Quel était l'état général de l'atmosphère quelque temps avant l'apparition de la maladie, puis pendant son règne et ensuite à l'époque de sa cessation? Donner le résumé des observations barométriques, thermométriques et hygrométriques dans ces intervalles. Des observations électrométriques, si on pouvait en réunir, auraient aussi une haute importance.

Quelles directions le choléra semblait-il disposé à suivre par rapport aux plages de l'horizon en traversant le pays?

Pendant le régne du choléra a-t-on remarqué qu'il y eût des conditions, des personnes plus sujettes que d'autres à ses attaques? et alors quelles étaient les circonstances de profession, de régime, d'habitudes, d'âge, de sexe, de fortune, qui secondaient ou qui contrariaient l'invasion de la maladie?

Y a-t-il une période de la maladie en particulier, y a-t-il une époque de l'épidémie en général où l'extension soit plus facile et plus prompte? Cette faculté d'extension a-t-elle semblé s'établir en raison directe de la violence de la maladie générale?

A-t-on quelque raison de décider si la maladie s'est étendue toujours par voie épidémique ou si elle s'est propagée par des émanations autour des malades, par migrations des personnes ou par le transport des marchandises?

A-t-on remarqué que le choléra exerçât quelque influence sur les maladies intercurrentes répandues dans le pays, et quelle était cette influence?

Quelles sont les données relatives au nombre des malades par rapport à la population, et à la proportion des guérisons et des morts par rapport à la totalité des individus atteints?

Quelle est la méthode de traitement qui a plus généralement réussi?

Quelles modifications fallait-il apporter dans le traitement aux différentes époques de l'épidémie, à son invasion, à son plus haut période et à son déclin, et aussi dans ces momens où l'on sait que l'épidémie cholérique, indépendamment des périodes du temps que nous venons d'assigner, présente des mouvemens soit d'exacerbation, soit d'affaiblissement qui déconcertent les observateurs les plus attentifs?

Entre les malades qui ont reçu les secours de l'art et ceux qui ont été livrés aux simples efforts de la nature, quelle a été la différence dans le nombre proportionnel des morts et des guérisons, d'abord, et aussi la différence de la promptitude et de la stabilité de la guérison?

A-t-on pu se former une opinion arrêtée sur les effets généraux de l'opium, du calomel, du sulfate de quinine, du sous-

nitrate de bismuth, du musc, de l'huile de cajeput, de l'ammoniaque, et de quelques autres substances médicamenteuses?

La saignée, en général, a-t-elle produit de bons effets, et, dans le nombre des individus soumis à la saignée, en est-il beaucoup dont le sang n'a pas pu couler? Sous l'influence de quelles circonstances ce phénomène a-t-il été remarqué?

A-t-on entendu dire que, dans le pays, les médecins ou les gens du monde aient eu recours avec succès à quelque remède nouveau?

Quelles ont été les suites les plus ordinaires de la maladie quant à ses effets consécutifs sur les diverses constitutions, dans les cas graves, lorsque la maladie ne s'est point terminée par la mort?

Y a-t-il eu des exemples de rechute ou de seconde attaque après une guérison bien établie?

Peut-on déterminer si la maladie, par son influence générale, paraît laisser sur les individus quelque modification importante?

Quels sont les résultats généraux des ouvertures des cadavres, faites aux diverses époques de la maladie en particulier et en général, et enfin dans les différentes périodes d'intensité de l'épidémie?

Dès qu'un exemple de choléra épidémique se présente à l'observation médicale, l'homme de l'art doit en avertir l'autorité compétente et provoquer en même temps l'avis consultatif de quelques-uns de ses confrères. Cette mesure, toute dans l'intérêt de la science et de l'humanité, sera prise sans bruit et sans éclat. Mais que le médecin, poussé par un excès de zèle, ne se hâte pas trop de déclarer l'existence du choléra épidémique. Qu'il se tienne sévèrement en garde contre toute méprise. Des coliques et des diarrhées violentes, des irritations gastro-intestinales qui règnent fréquemment durant les constitutions automnales, et qui, pour offrir quelques analogies avec le choléra, ne sont cependant pas le choléra, pourraient facilement induire en erreur. On sait assez que les anxiétés épigastriques, les vo-

missemens, la diarrhée et même les contractures des membres se joignent à des degrés légers, il est vrai, aux maladies que nous venons d'énumérer.

Il ne faudrait pas non plus confondre le choléra épidémique avec le choléra sporadique ou indigène, si l'on peut s'exprimer ainsi; celui-ci, que l'on observe presque partout en même temps que les maladies de l'été et de l'automne, est moins aigu, moins grave et moins funeste; surtout il ne se communique jamais d'individu à individu, et il n'attaque qu'un très-petit nombre de personnes à la fois.

Le tableau de la symptomatologie du choléra qui nous occupe peut être résumé ainsi: les médecins le reconnaîtront facilement à ces traits:

Douleurs et anxiétés épigastriques, vomissemens répétés, selles fréquentes; les matières rendues, composées d'abord de substances nouvellement ingérées, se montrent bientôt fluides, blanchâtres, floconneuses; crampes violentes aux extrémités supérieures et inférieures, refroidissement du corps, matité du ventre, suppression d'urines; la peau des extrémités, et des pieds surtout, pâle, humide et ridée; langue molle, humide et froide; expression spéciale des traits, décomposition de la face, visage hippocratique, respiration à peine sensible, affaiblissement et disparition du pouls.

Quant à ce qui concerne le traitement, on peut dire qu'en général, dans la première période de la maladie, celle qui est caractérisée par le refroidissement de la surface du corps et par la concentration de la vie à l'intérieur, on doit conseiller les frictions, soit sèches, soit composées; le rayonnement du calorique à l'extérieur par tous les moyens disponibles, les bains de vapeur, les divers excitans de la peau, les ventouses, les sinapismes, les vésicatoires, etc.

C'est aussi pour ranimer la circulation à la circonférence que, chez les individus jeunes et fortement constitués, on a heureusement employé la saignée dès l'imminence et le plus près possible de la période d'invasion de la maladie.

Dans cette même période on placera avec avantage, à titre de moyens internes, les toniques diffusibles que la tolérance de l'estomac pourra permettre ; les huiles aromatiques combinées et unies au laudanum ; l'éther, l'ammoniaque, la poudre de S. James, celle de Dower.

L'altération spéciale des muqueuses gastro-intestinales a été combattue par le calomel, la rhubarbe, l'aloès, la magnésie, en les isolant, en les combinant, en les donnant suivant les indications fournies par les individualités.

A la période nerveuse, à la tendance typhoïde et même aux mutations, aux transformations du choléra en typhus, on a opposé le quinquina, le musc, la valériane, le bismuth, le camphre, l'éther, l'essence de menthe, l'huile de cajeput et la série des moyens à l'aide desquels on traite les typhus en général.

Dans le but d'attaquer isolément les divers symptômes dominans de la maladie on a donné :

Contre les vomissemens, les boissons froides, la glace, la potion de Rivière, l'opium.

Contre la fréquence des selles, les injections de laudanum dans le rectum, les frictions aromatiques sur l'abdomen.

Contre les douleurs et les contractures des muscles, les frictions avec l'huile de térébenthine, l'huile de cajeput ; et ces moyens ont paru d'autant plus efficaces qu'ils tendaient à la fois et à réchauffer, ranimer les surfaces refroidies de la peau, et à remédier à l'altération de l'innervation si remarquable dans cette maladie.

Du reste, pour la description aussi bien que pour le traitement de la maladie, l'Académie a cru devoir se refuser à de plus amples détails ; elle renvoie le lecteur à ce qu'elle a publié sur ce sujet dans son rapport.

Elle doit insister encore sur la nécessité d'employer les moyens thérapeutiques dès les premières approches du mal. A cet égard, les médecins s'entendront entre eux ; ils s'entendront aussi avec l'administration pour se multiplier sur tous les points, de telle sorte que les malades trouvent toujours facilement les secours dont ils auront besoin.

Pour hâter en particulier l'assistance que réclament les personnes de la classe peu aisée ou indigente, il y aurait tout avantage à augmenter le nombre des médecins et de chirurgiens attachés aux bureaux de bienfaisance; il serait même bon que cette mesure fût mise de suite à exécution.

Il serait souhaitable que tous les médecins voulussent s'astreindre à constater exactement la nature de la maladie à la suite de laquelle arrive le décès, quand a lieu cette issue funeste. Ce serait le seul moyen de savoir dans le cours de l'épidémie le nombre réel des victimes.

Dans des circonstances aussi pressantes, et quand la vie des malades dépend de la promptitude et de l'opportunité des secours, les médecins se feront une religieuse obligation d'apporter à l'exercice de leur art plus d'empressement encore que dans les temps ordinaires. La nuit et le jour, à de courtes comme à de longues distances, ils seront toujours prêts. Il ne s'agit pas ici de disputer une à une quelques victimes à la mort, il faut lui dérober à la fois des populations entières. Les médecins puiseront de nouvelles forces dans le sentiment de la mission qui leur est confiée. Il faut que chacun trouve en soi-même le courage de son état, et le courage du médecin consiste à braver les dangers de la maladie au milieu des épidémies, de même que le courage du soldat lui fait affronter la mort au milieu des combats.

VARIÉTÉS.

A M. le rédacteur de la REVUE MÉDICALE.

Monsieur,

L'impartialité qui a toujours été une des premières règles de *la Revue médicale*, et surtout le système de *non-intervention*

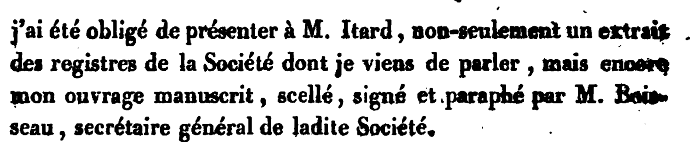
qu'elle n'a jamais cessé d'observer, me sont de sûrs garans que, pour ma justification, vous voudrez bien insérer dans votre plus prochain numéro ma réponse à une réclamation qui vous a été adressée par M. le docteur Serre d'Alais, au sujet de mon ouvrage sur le bégaiement.

Permettez-moi donc de répondre à l'accusation de *honteux plagiat* que ce médecin dirige contre moi, non par des injures comme il m'en donne l'exemple, mais par des faits et des dates authentiques. Afin de procéder avec plus de méthode, je suivrai le même ordre que lui dans sa lettre publiée dans la *Revue médicale* du mois d'août, qu'une absence de Paris m'avait laissé ignorer jusqu'à ce jour.

D'abord, pour convaincre ses nombreux lecteurs que je suis *un honteux plagiaire*, M. Serre a mis dans votre journal sept ou huit phrases extraites de mon ouvrage, en regard d'un même nombre de phrases qu'il a tirées d'un mémoire de quelques pages que j'ai lu dans le *Journal des Difformités*, nº 11. Il n'a pas même oublié, pour ne laisser aucun doute sur la bonne foi qui le guidait, de faire précéder de guillemets *obligés* toutes les citations qu'il fait, quoiqu'il ait souvent défiguré ma pensée par des changemens et des suppressions de mots que je m'abstiens de citer comme n'intéressant personne : c'est pour cette raison, et pour ne pas m'engager dans une longue et fastidieuse polémique, que pour détruire les argumens spécieux sur lesquels est fondée la réclamation que vous avez publiée, je me contenterai de prouver ma priorité d'une manière incontestable.

Le mémoire de M. Serre, n'ayant été adressé à l'Académie des sciences que dans le mois de mars 1829, est resté nécessairement inconnu pendant un an, et n'a pu par conséquent être publié qu'au milieu de l'année 1830. Mon travail sur le bégaiement remonte au contraire à plus de quatre ans, puisque, pour prouver à la commission de l'Académie de médecine que j'avais adressé, avec plusieurs observations à la Société médicale d'émulation de Paris, un manuscrit sur le bégaiement, qui avait été admis en 1828 pour le concours des médailles d'or à l'effigie de Bichat,





j'ai été obligé de présenter à M. Itard, non-seulement un extrait des registres de la Société dont je viens de parler, mais encore mon ouvrage manuscrit, scellé, signé et paraphé par M. Boisseau, secrétaire général de ladite Société.

J'ajouterai encore qu'en 1827 j'ai donné connaissance de ma méthode curative à M. le docteur Sernin, député de l'Aude, à MM. Devergie et Velpeau, professeurs agrégés de la Faculté de médecine, et à un grand nombre d'autres médecins, parmi lesquels sont les docteurs Cart et Dupré, qui étaient tous les deux affectés de bégaiement. D'ailleurs M. Fabre, rédacteur en chef de *la Lancette*, pourrait également attester qu'en 1828 il me refusa, parce que je n'avais pu lui communiquer mon manuscrit, d'insérer dans son journal une observation qui fut publiée plus tard dans *la Clinique médicale* et répétée dans *le Journal analytique*.

Un autre argument contre moi, c'est que M. Magendie, dans l'article *Bégaiement* (*Dict. de méd. prat.*), parle de la méthode de M. Serre, tandis qu'il ne dit rien de la mienne? Je répondrai à cela que le célèbre physiologiste que je viens de citer m'a alors manifesté le regret qu'il avait d'avoir omis de parler du manuscrit que je lui avais soumis il y a trois ans. Il est probable que cette omission n'a eu lieu que parce qu'il y avait long-temps que M. Magendie n'avait pas entendu parler de mon travail, qui était encore déposé à la Société médicale d'émulation, tandis que le mémoire de M. Serre venait de paraître.

Mais, me dira-t-on avec M. Serre, il est certain que, lorsque vous avez fait votre ouvrage, vous aviez sous les yeux le mémoire de ce médecin, puisque vous le citez? Je répondrai à cet argument, qui semble être sans réplique, que mon ouvrage, dont la publication a été retardée par un concours, était imprimé en 1829, quoiqu'il n'ait pu être mis en vente qu'en 1830, ainsi qu'on peut s'en assurer par une annonce dans *le Constitutionnel* du mois de janvier de la même année.

Lorsque plusieurs mois plus tard le mémoire de M. Serre parut dans *le Journal des Difformités*, M. Lisfranc, qui, avec

M. Magendie, avait accepté la dédicace de mon ouvrage, eut la bonté de me prêter le journal que je viens de citer, et me fit même observer que M. Serre avait, sur le bégaiement, des idées qui, sous quelques rapports, se rapprochaient des miennes qu'il connaissait depuis long-temps. C'est pour parler de cette méthode, et pour la critiquer, que j'ai changé et fait réimprimer plusieurs pages de mon ouvrage, dont l'ancienne épigraphe a été également changée pour en substituer une autre que M. Serre a oublié de citer parmi mes larcins.

Si j'eusse été coupable de *honteux plagiat*, j'aurais certainement, en voleur adroit, agi autrement, et me serais bien gardé de désigner la source où j'aurais puisé. Lors même que je n'eusse pu aussi bien démontrer le peu de fondement des accusations dirigées contre moi, et établir d'une manière aussi incontestable ma priorité de plus de deux ans, j'aurais eu encore la ressource de prouver, comme je l'ai fait dans la deuxième édition de mon ouvrage, combien il y a peu de rapport entre ma gymnastique vocale et celle de M. Serre. J'aurais également démontré que celle de ce médecin est non-seulement inefficace dans la plupart des cas, mais même toujours impraticable, puisque la manière de parler qui en est le résultat est elle-même plus disgracieuse que le bégaiement.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée. COLOMBAT (de l'Isère).

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Relation historique et médicale du choléra-morbus de Pologne, comprenant l'apparition de la maladie, sa marche, ses progrès ses symptômes, son mode de traitement et les moyens préservatifs;

Par A. Brierre-de-Boismont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre du comité central de Varsovie, chevalier de l'ordre du mérite militaire de Pologne, etc., etc., avec une carte.

Paris, Germer Baillière, libraire, rue de l'École de Médecine, n. 13 *bis*. 1832.

M. Brierre-de-Boismont n'a pas eu l'intention de faire une monographie du choléra-morbus; il n'a voulu qu'écrire les événemens qui se sont passés sous ses yeux, et dont il a eu le triste avantage d'être l'un des premiers témoins. Mais, dans cette relation, l'auteur ne s'est pourtant pas borné à indiquer l'apparition du choléra-morbus en Pologne, les symptômes, les lésions cadavériques et les moyens curatifs; il s'est efforcé, en sus, de jeter quelques lumières sur la question si controversée de la contagion et de l'infection, etc. Ainsi, les grandes mesures sanitaires si violemment attaquées, l'utilité des cordons généraux, le danger des cordons partiels, la recherche des causes qui ont engendré le choléra en Pologne, son mode de propagation, sa marche, son acclimatement et sa prophylaxie, toutes ces questions, tous ces points sont traités par M. de Boismont avec une clarté, une franchise et une modération qui lui font beaucoup d'honneur, et qui doivent plaire aux amis de la science et de la vérité.

A son apparition en Pologne, le choléra fut méconnu; on chercha

et l'on trouva des explications simples pour les premiers accidens; on produisit des motifs plausibles de nier la nature du mal; on craignait d'articuler son nom terrible, et ce furent MM. Brierre-de-Boismont et Legallois qui seuls, devant une foule de contradicteurs, annoncèrent au gouvernement polonais que le typhus et le choléra avaient envahi le sol de la patrie.

L'auteur a voulu faire précéder sa description générale du choléra, d'observations particulières. Nous allons l'avouer : les observations nous font peur. Elles sont communément si mal rédigées, si mal faites; c'est d'ordinaire une source si suspecte, si impure, on s'en a tant abusé, nous en avons tant vu! Eh bien! nous avons lu celles de l'auteur avec plaisir. Elles sont écrites avec simplicité, elles inspirent de la confiance. M. de Boismont a un vrai talent d'observation.

Les symptômes du choléra pendant que la vie dure encore, les traces de son passage à travers les organes ou les lésions anatomiques; les signes principaux, essentiels ou constans, les signes accessoires ou variables, sont bien présentés par l'auteur. Nous avons vu avec peine qu'il se soit cru obligé de faire une protestation de bonne foi, de sincérité; nous avons remarqué les dures conditions qu'il fait à l'anatomie pathologique avant de lui accorder de l'utilité, de l'importance; et nous avons noté soigneusement certaines locutions, certains penchans, certaines faiblesses *volontaires* dont il est responsable, et dont il rendra compte.

Entrant dans la considération des causes occasionnelles et prédisposantes, l'auteur est convaincu que c'est presque toujours aux privations ou à l'abus des choses de la vie que le fléau doit son origine et ses progrès. Le chapitre de la propagation de la maladie dans lequel se trouve nécessairement traitée la question si épineuse, si débattue de la contagion et de la non-contagion, est solidement pensé, sagement et élégamment écrit. L'auteur y dit nettement son opinion, et c'est un mérite à nos yeux, quand même nous ne la partagerions pas.

L'acclimatement, les mesures sanitaires et prophylactiques, et le traitement général, sont des articles que nous ne pouvons qu'indiquer et recommander, en attendant que nous en discutions chacun des points. Voilà ce que nous dirons aujourd'hui sur le livre de M. de Boismont. Nous étions fort peu avancé dans sa lecture, que déjà nous étions convaincu qu'il méritait un examen sérieux et approfondi; la place de cet examen est marquée dans un prochain numéro de la *Revue*, où nous nous efforcerons de rendre bonne justice à M. Brierre et à sa production.

LEBAUDY.

Nouveau Dictionnaire portatif des termes techniques et usuels de médecine et de chirurgie, auxquels on a joint tous les termes employés dans les sciences accessoires, et spécialement ceux de physique, de chimie, d'histoire naturelle, de botanique, d'anatomie et de médecine vétérinaire;

Contenant la définition, l'étymologie, les diverses acceptions, l'origine ou la source de chaque mot, les synonymies latine et grecque, avec la description succincte des principaux sujets scientifiques qui s'y rattachent;

Ouvrage rédigé sur le plan des dictionnaires publiés par MM. Nysten, Béclard, Chomel, Cloquet, Orfila, Bégin, Boisseau, Jourdan, etc., d'après l'état actuel de ces sciences et leurs progrès récens;

Par S. Auboin, docteur en médecine de la faculté de Paris. Paris, Trinquart, libraire, rue de l'École de Médecine, n° 3. 1830.

Autrefois, l'apparition d'un nouveau livre de science ne manquait guère de trouver sa raison, ou dans la rareté d'un ouvrage qu'il s'agissait de remplacer, ou dans ses défauts, ou dans un progrès réel et avoué de la science. Convaincus que la vérité se découvre lentement et que les doctrines ne s'improvisent pas, nos pères se montraient lents à produire et plus lents encore à publier. Ainsi un livre classique, un dictionnaire, par exemple, rédigé par un homme instruit, consciencieux et en possession de la confiance générale, *servait* un demi-quart ou même un quart de siècle sans qu'il parût trop vieilli, sans qu'on crût à la nécessité urgente de le remplacer. Aujourd'hui tout cela est changé, le plus petit défaut suffit pour nous faire répudier un livre, et le vice qu'on lui pardonne le moins volontiers, c'est d'être de quelque étendue, c'est de n'être pas *portatif, commode*, c'est de n'être pas *un manuel.* M. Auboin a très-bien connu l'affection désordonnée que l'on a de nos jours pour les petits livres, le besoin honteux et dépravé qu'on en éprouve, et il vient contribuer à le satisfaire.

Nous n'avons jamais fait de vocabulaire médico-chirurgical; mais il nous semble qu'un pareil livre, pour être rédigé avec instruction

critique et bonne foi, c'est-à-dire, avec philosophie, serait d'une grande difficulté d'exécution.

Un vocabulaire médico-chirurgical ne doit pas être un traité, même élémentaire, des choses qu'il renferme. C'est un code brièvement expliqué des termes élémentaires de la science, dans lequel une intelligence bien faite trouverait au besoin les matériaux d'un édifice passable, d'une doctrine bien liée, d'une science, enfin. Il ne doit point offrir aux regards les termes éphémères, ridicules ou vides qu'a eu besoin de forger un chef de secte, et qui doivent passer avec lui ou avant lui. L'auteur d'un pareil livre ne doit pas être assez ennemi des *vieilleries*, pas assez fauteur des nouvelles nomenclatures, pour refuser d'admettre les anciens mots, les anciennes dénominations, quoiqu'elles soient un peu surannées, ou qu'il soit possible d'attaquer leur *propriété*; car il faudra le lire ce langage antique et méprisé, il faudra retourner aux vieux livres! à moins de croire que la science moderne ne se suffise à elle-même et qu'il faille dédaigner l'ancienne littérature médicale comme un champ stérile et épuisé.

Mais ce n'est pas assez pour l'auteur d'un vocabulaire de savoir faire et d'avoir fait un bon choix de termes; il faut encore qu'en les traduisant, en les *étendant* très-peu, il les ait pourtant interprétés clairement et légitimement.

Or, rien n'aide plus, selon nous, à bien interpréter un terme, une locution médicale ou autre, que la science étymologique; que cet art qui consiste à enlever aux mots ce qui les déguise, à leur restituer ce qu'on leur a pris, à les ramener à la simplicité *qu'ils ont tous* dans l'origine. Nous ne conseillerons jamais d'abuser de la science épineuse de Chrysippe (1), ni de se laisser aller à ses charmes secrets; mais nous dirons qu'elle est toujours utile, qu'elle suffit souvent seule à l'intelligence d'un terme donné; et que, si elle ne suffit pas, il est encore temps de recourir à une explication succincte du mot, fondée sur les principaux attributs ou propriétés de l'objet qu'il signifie.

Cela posé, et en accordant que la science ait assez marché, que les progrès en choses et en mots soient assez beaux pour qu'il faille se hâter de les écrire, voyons comment M. Auboin a rempli le devoir qu'il s'était créé, et s'il a atteint le but qu'il se proposait, soit pour le fond, soit pour la forme.

Au fond, son dictionnaire que nous avons lu avec grand soin,

---

(1) *Magnam molestiam suscepit Chrysippus reddere rationem omnium vocabulorum.* Cicéron.

et que nous avons pris la peine de comparer avec trois des plus classiques du même genre, contient bien certainement autant de termes qu'il en faut pour l'interprétation des ouvrages de nos jours et pour la plupart de ceux des siècles passés. Que si quelque *furieux*, comme il ne s'en voit plus, voulait avec son Auboin seul, attaquer Oribase ou Caldan, ou quelque Arabe au grand format, nous ne savons pas comment il s'en tirerait; mais on ne doit guère craindre un pareil malheur. La plupart des définitions sont tirées de Nysten, de M. Bégin et d'un autre dictionnaire en deux volumes, fait par plusieurs des professeurs actuels de la faculté. La synonymie du livre de M. Auboin est exacte et bien faite, et nous voulons louer ici l'auteur de ce que, dans ses étymologies, peut-être un peu trop simplifiées, trop raccourcies, il a fait les emprunts de préférence dans l'excellent ouvrage de M. Capuron.

Au reste, le dictionnaire de M. Auboin se laisse lire facilement. Il est moins gros, moins *cher*, plus portatif, plus commode qu'aucun de ceux qui l'ont précédé. C'est de lui que nous nous servons depuis plusieurs mois déjà, et nous ne nous souvenons pas d'avoir été obligé d'en ouvrir un autre, parce qu'il aurait refusé de nous donner un mot, une définition, une étymologie, etc., c'est-à-dire, tout ce que nous pouvions raisonnablement lui demander. (L. E. B.)

***Lettre d'un médecin à un magistrat sur le choléra*; par M. Bousquet, secrétaire du conseil de l'Académie royale de médecine, membre de la commission de salubrité du quartier Saint-Germain (1).**

Consulté par un ami, M. Bousquet vient de publier sous ce titre une brochure qui se recommande assez par le nom de son auteur. Ce n'est pas une monographie, en ce sens qu'il n'a pas épuisé son sujet; mais tel n'était pas son dessein : il l'a considéré principalement sous le point de vue hygiénique, parce que l'hygiène est en effet la chose essentielle pour nous et pour tous les pays qui n'ont pas encore été visités par le fléau-voyageur. Néanmoins M. Bousquet en a touché tous les points essentiels, parce que tout se tient, tout se lie dans l'histoire d'une maladie. Il a parlé des causes; car, pour se préserver d'un dan-

(1) Un fr. 50 cent. franc de port. Chez Gabon, libraire, rue de l'Ecole de médecine, n. 10.

ger, encore faut-il savoir ce qui le prépare et le produit; il a parlé des symptômes, car il est de la dernière importance de reconnaître à ses premiers traits un mal qui marche avec une rapidité effrayante, et dont l'issue dépend en général de la promptitude qu'on met à le combattre. Mais il a particulièrement insisté sur les moyens de préservation : il dit les alimens dont il faut se nourrir, les vêtemens dont il faut se couvrir, les soins qu'on doit prendre de sa personne, et une foule d'autres pratiques toutes consacrées par l'expérience. Enfin il indique les premiers soins à donner aux cholériques; car, le choléra débutant presque toujours la nuit ou de grand matin, et expédiant son monde en fort peu de temps, on sent combien il importe de ne pas rester un moment oisif enprésence d'nn si grand danger. Cette partie est la moins étendue de l'ouvrage; mais il est facile d'y suppléer, en ce que les premiers soins ressemblent parfaitement aux derniers : ils doivent tendre tous à ramener la chaleur à la peau, à ranimer l'état du pouls, et finalement à susciter des phénomènes de réaction.

Quoique les soins hygiéniques occupent la plus grande place dans cette *lettre*, les médecins la liront avec intérêt : ils y trouveront la réponse à toutes les questions qui leur sont journellement adressées dans le monde sur les moyens de se préserver d'un danger qui préoccupe tous les esprits. (M. B)

Mémorial pharmaceutique du médecin praticien, par PIERQUIN, ancien médecin de l'hospice de la Charité à Montpellier, etc., avec cette épigraphe : *Hoc enim in medicinâ, initium medium et finis*. 3e édition, Paris, TRINQUART, libraire, rue de l'Ecole de médecine, n. 3. 1830.

Immédiatement avant la préface du *Mémorial* de M. Pierquin se trouvent (empruntées à Gorris, Schelammer, Galien, Kaw, Boerhaave, Sydenham et Baglivi) une douzaine de maximes peu favorables à la polypharmacie; et une seule, de Combalusier, dont le sens est, qu'il faut avoir sous sa main beaucoup de recettes pour pouvoir en prendre et en laisser.

La préface elle-même de ce *Mémorial* est écrite d'une manière si incorrecte et si peu intelligible, qu'il nous a été impossible, en la

lisant, de nous faire une juste idée du dessein et du plan de l'ouvrage.

Ce qu'on y voit le plus clairement, c'est que M. Pierquin a voulu ramasser une grande quantité de recettes, et il faut avouer qu'il y a parfaitement réussi, puisque son livre, tout petit qu'il est, contient près de quatorze cents formules différentes; mais il se réjouit quelque part de ce que les indications suivront les formules, et moi je serais disposé à m'en attrister. Que peut-on faire en effet d'une potion, ou d'une tisane, ou d'une pilule *stomachique*, *cordiale*, *échauffante*, *etc.*, *etc.*? Ces titres sont à peu près les seules indications.

M. Pierquin n'est pas d'accord avec les auteurs des autres formulaires; ainsi Cadet de Gassicourt, ainsi Monmahou, ainsi Jourdan même (quoiqu'il qualifie le dernier seulement d'illustre *medographe*, de grand *pharmacographe*), sont repris et gourmandés sans beaucoup de ménagement.

Il n'y a pas moins de cent classes dans le *Mémorial*, ou cent titres au dessous desquels l'auteur écrit toutes ses formules. C'est trop. La moitié serait trop encore, et le jour où il paraîtra un formulaire vraiment bon, il y en aura certainement beaucoup moins.

Au reste, je serais bien fâché de dire que le *Mémorial* ne mérite pas d'être loué sous quelque rapport. Il contient un très-grand nombre de formules, et dans ce nombre il s'en trouve de rares, de curieuses, qu'il faudrait chercher long-temps pour les trouver ailleurs. Hé bien! une fois là ramassées et en sûreté, on n'est pas obligé de les employer toutes. C'est un arsenal dans lequel on pourra chercher des armes au besoin. *Hic plura habes, ut pauca seligas.*

(L.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Ouvrages publiés dans le mois d'octobre 1831.

TRAITÉ COMPLET DU CHOLÉRA-MORBUS DE L'INDE, ou Rapport sur le coléra épidémique tel qu'il s'est montré dans les territoires soumis à la présidence du fort Saint-Georges, rédigé par ordre du gouvernement sous l'inspection du bureau médical; par William Scott, chirurgien, secrétaire dudit bureau, traduit de l'anglais par F. Blin, docteur en l'Université de médecine de Montpellier, ancien médecin en chef des armées, professeur honoraire de l'École secondaire de Nantes. In-8. Prix : 5 fr.

RAPPORT SUR LE CHOLÉRA-MORBUS fait à la Société de médecine de Lyon au nom d'une commission, par le docteur L. P. Aug. Gauthier, rapporteur de la commission, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, membre du conseil de salubrité de la ville de Lyon. In-8. Prix : 2 fr.

OBSERVATIONS ET NOTES SUR LE CHOLÉRA-MORBUS ORIENTAL; par M. Duringe, docteur en médecine et en chirurgie de l'Université de Goettingue. In-8.

DU CHOLÉRA-MORBUS, ou Discussion sur la nature, le traitement qu'on doit lui opposer et la manière de s'en préserver, par le docteur Michu. In-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES sur la nature, les causes et le traitement du *choléra-morbus* d'Europe, de l'Inde, de Russie, de Pologne, et autres contrées, spécialement appliquées à l'hygiène publique; par F. E. Foderé, professeur de médecine, police médicale et des maladies épidémiques de la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. In-8. Prix : 6 fr.

TRAITÉ SUR LE CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE, offrant l'histoire de cette maladie, ainsi que les moyens de s'en préserver et

de s'en guérir ; par M. G. Weyland de Weimar, docteur en médecine. In-8. Prix :

CHOLÉRA-MORBUS, conseils hygiéniques à suivre pour s'en préserver ; par P. A. Enault. In-8. Prix : 1 fr.

FLORE ÉDICALE, décrite par MM. Chaumeton, Poiret, Chamberet, peinte par madame E. P..... et par J. P. Turpin, nouvelle publication, 66e et 67e livraisons. Grand in-8, fig. color. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50.

A Paris, chez Panckoucke.

RELATION HISTORIQUE ET MÉDICALE DU CHOLÉRA-MORBUS DE POLOGNE, comprenant l'apparition de la maladie, sa marche, ses progrès, ses symptômes, son mode de traitement et les moyens préservatifs ; par R. Brierre-de-Boismont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, l'un des deux médecins envoyés en Pologne, etc. In-8. Prix : 5 fr.

DU CHOLÉRA-MORBUS, description de la maladie, des moyens hygiéniques et pharmaceutiques qu'il convient de lui opposer ; par Alexis Bompard, docteur en médecine. In-8. Prix : 1 fr. 50 c.

LETTRE d'un médecin à un magistrat sur le choléra-morbus, conseils aux gens du monde ; par le docteur Bousquet, membre et secrétaire du conseil de l'Académie royale de médecine, membre de la commission de salubrité du quartier Saint-Germain. In-8. Prix : 1 fr. 50 c.

MANUEL COMPLET, PRÉSERVATIF ET CURATIF DU CHOLÉRA-MORBUS, rédigé par plusieurs médecins d'après la doctrine adoptée par l'Académie de médecine de Paris. In-8. Prix : 2 fr.

REFLEXIONS sur la nature, la contagion et le traitement du *choléra-morbus ;* par Henri Gouraud, élève interne des hôpitaux de Paris (Extrait de *la Revue européenne* du 15 septembre). In-8. Prix : 1 fr. 50 c.

Tous ces ouvrages se trouvent aussi à la LIBRAIRIE MEDICALE DE GABON, rue de l'École-de-Médecine, n. 10.



Sept semaines après l'opération.

REVUE MÉDICALE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

COUP D'OEIL PHILOSOPHIQUE

Sur la chirurgie hippocratique ;

Par M. V. O. Gouraud, ancien chirurgien en chef de l'hospice général de Tours.

Nitor in adversum. (Ovid., *Metam.*, lib II.)

Les médecins se rangent en deux classes, dont l'une a pour chef Hippocrate, qui fonda la médecine dogmatique ou expectante : les disciples d'Herodicus forment l'autre classe, et professent la médecine méthodique ou agissante.

Hippocrate II, fils d'Héraclide et de Phénérite, de la famille des Asclépiades, naquit à Cos (actuellement Lango), quatre cent soixante ans avant Jésus-Christ, et mourut à Larisse, en Thessalie, sain de corps et d'esprit, âgé de cent neuf ans. Son père soigna lui-même son éducation, et lui apprit à observer les maladies. Le divin vieillard (c'est le nom que lui donne l'antiquité) laissa deux fils, Thessalus et Dragon, et une fille qu'il maria à Polybe. On attribue ordinairement les soixante-douze écrits qui composent les œuvres des Asclépiades, à Hip-

pocrate, parce que c'est lui qui s'illustra le plus. Les aphorismes sont, après le *Nouveau Testament*, le livre qui a eu le plus d'éditions.

Herodicus de Selibrée ou Selymbrée, ville de Thrace sur la côte de la Propontide, passe pour avoir donné des leçons à Hippocrate, ce que nous ne croyons pas, d'après le reproche que celui-ci lui adresse d'aggraver souvent l'état de ses malades. Nous ne croyons pas davantage qu'il se soit guéri de la phthisie pulmonaire par des exercices violens; et le prisonnier de Sainte-Hélène, affecté d'une maladie organique, n'eut pas à se louer d'avoir voulu suivre sa méthode. « Convaincu néanmoins » de l'excellence de son système, et plein de confiance » aux heureux effets que produirait un changement » brusque et violent dans sa manière de vivre, il s'avisa » de mettre la chose à l'essai. Il fit seller son cheval, se » mit à galoper dans les vieilles limites de Longwood, » et il ne fit pas moins de cinq à six milles. Il était ac» compagné de son chasseur Noverraz et de son piqueur. » Mais ce rude exercice ne lui procura pas le résultat » qu'il en attendait. Ses sueurs ne coulèrent point, et il » se trouva même assez indisposé. Il répéta trois ou quatre » fois cette tentative, qui eut toujours les mêmes consé» quences. Sa situation en fut empirée plutôt qu'amé» liorée. » *Je le vois à présent*, me dit-il d'un ton affecté, *la nature ne répond plus comme auparavant aux sollicitations de ma volonté. Les secousses violentes ne conviennent plus à mon corps affaibli.* (ANTOMMARCHI.)

Les mots *expectante* et *agissante* manquent de justesse; ils donnent l'idée de l'activité à celle-ci et l'idée de l'inaction à celle-là. Tel n'est pas le caractère de ces deux doctrines qui, au lieu d'être deux systèmes exclusifs l'un de

l'autre, se rapprochent, se combinent selon le caractère et la marche de la maladie. *Il faut*, porte le premier aphorisme, *non-seulement que le médecin fasse ce qui convient, mais encore que le malade, les assistans, tout ce qui l'environne, concourent au même but*. Quel malade souffrirait auprès de lui un médecin contemplatif? Ce qui distingue le praticien *expectant*, c'est que, comptant beaucoup sur la nature, assez puissante, à son estime, pour rétablir la santé par des coctions qui atténuent l'élément morbide, et par des crises qui l'éliminent, il dirige en conséquence ses remèdes du côté où il la voit incliner; tandis que le praticien *agissant*, la jugeant incapable malgré tous les secours, d'arriver à la guérison par la voie qu'elle a prise, rompt sa marche dans son cours, ou dès les premiers pas, et l'attaque brusquement.

Il n'a pu échapper à la sagacité de l'observateur de Cos que la nature, moins entendue à réparer qu'à entretenir la santé, n'a pas toujours la force d'opérer des coctions et des crises salutaires, et que même quelquefois elle s'égare et court à sa perte. Aussi nous recommande-t-il sans cesse de considérer particulièrement le malade, d'examiner comment il supporte sa maladie; preuve qu'il n'ignorait pas, par exemple, que si le vomissement s'apaise par un vomitif, le vomitif est quelquefois le meilleur moyen d'arrêter le dévoiement. Mais Hippocrate attendait que l'expérience sanctionnât par le succès les médicamens et les opérations de nouvelle invention, et montrait peu d'empressement à les adopter. Nul doute que ce fût après avoir été témoin de trop d'événemens funestes, qu'il déconseille la lithotomie à ses disciples; nul doute aussi qu'il n'approuvât la ligature des artères, la

vaccine, la lithotritie, la trachéotomie dans l'agonie du croup. Nul doute encore qu'il ne donnât aujourd'hui le quinquina dans la fièvre intermittente pernicieuse, épidémique ou endémique, après le premier accès, sans se soucier de savoir quel serait le type de l'intermittence; le mercure dans le mal vénérien. En revanche, il effacerait bien des recettes copiées sans choix dans ces gros volumes de matière médicale, espèces d'éponges avides de prendre l'eau pour la rendre de même; il arrêterait la main à bien des opérateurs..... Ainsi les deux doctrines sont alliées, se tiennent dans le même camp et échangent leurs armes. C'est au praticien à saisir l'opportunité de l'un ou de l'autre procédé curatif.

Les chirurgiens, familiarisés avec l'anatomie, munis d'instrumens parfaits, et sûrs d'arrêter le sang qu'ils feront couler, peuvent-ils être partisans de l'expectation? Oui, s'ils ont le bon esprit de notre maître, qui ne se doutait pas qu'un jour on diviserait l'exercice de la médecine. Nous ne sommes plus dans ce temps de fâcheuse mémoire où la Faculté de médecine appelait les barbiers qui ne savaient que la langue de leur nourrice, pour leur confier la chirurgie ministrante, et les initier par la suite aux fonctions de la haute chirurgie. Actuellement, le domaine de toutes les maladies est offert en commun de droit et de fait à tous les aspirans au doctorat. Que les récipiendaires prouvent, par leur titre de bachelier ès-lettres, qu'ils sont capables d'expliquer les ouvrages de médecine et de chirurgie, et qu'ils ont appris à former des raisonnemens justes par l'étude de la philosophie; qu'ils satisfassent aux mêmes questions et soutiennent le même acte probatoire, alors ils pourront opter entre le diplôme de docteur en médecine, et celui de docteur en

chirurgie. Cette disposition de la loi est avantageuse à l'humanité, puisqu'il y a unité dans l'organisme. Le docteur qui se destine à l'exercice d'une seule branche de l'art de guérir, se bornât-il à une spécialité, possédera néanmoins les principes généraux de la médecine. Il contemplera son art de toutes les hauteurs de la science. Donnons du jour à notre pensée :

On rencontre dans le monde des gens qui ne croient la médecine bonne à rien, parce que, disent-ils, elle ne repose que sur des conjectures. Il faut avouer que la dissidence qui règne dans les opinions des médecins actuels, au sujet du mode de propagation du choléra-morbus, par exemple, tend à déconsidérer cette science; et les gouvernemens font sagement de laisser les docteurs de tous les pays discuter entre eux si la maladie est épidémique, c'est-à-dire, causée par l'air et les vents, ou si elle se communique d'individu à individu par les effluves du corps malade, et de s'en tenir au simple bon sens du peuple, meilleur juge de la vérité, pour faire observer d'inexorables quarantaines.

Les incrédules en médecine regardent cependant la chirurgie comme utile. Cet art, à les entendre, est la partie positive de la médecine, parce qu'il a pour fondement l'anatomie, qui est quelque chose de positif. En outre, il a deux avantages particuliers, la certitude dans les opérations et l'évidence dans les effets.

Erreur! il y a deux points tout-à-fait distincts dans la chirurgie. L'un théorique, qui rentre dans cette médecine que certaines gens ne croient bonne à rien; l'autre purement pratique, qui constitue le manuel, qui qualifie le jeune opérateur dont Celse fait le portrait : *esse autem chirurgus debet adolescens, aut certè adolescentiæ propior.*

Aujourd'hui que le chirurgien ne fait plus les pansemens, n'opère plus sous la direction du médecin, de quelle utilité peut-il être pour la société, s'il a oublié les principes de la médecine? Admettons qu'il n'entreprenne jamais une opération sans savoir comment il la terminera, toujours est-il qu'il doit auparavant prendre conseil de la prudence médicale. Quand il marcherait de succès en succès, on serait en droit de lui demander comment ses opérations sanglantes étaient toutes indispensables : ce que la nature fait bien, que l'art ne cherche pas à le faire mieux. Est-ce pour apaiser les douleurs, les cris de la femme que l'accoucheur applique le forceps? et si les choses vont mal, ce n'est pas encore un motif suffisant pour prendre des instrumens. Vous nous montrez une tumeur cancéreuse que vous venez d'enlever avec habileté; avant de vous féliciter, nous voulons connaître le sort de votre opéré. Car, vous qui teniez dans votre main le ressort de sa vie, vous ne deviez pas prendre vos instrumens, sans être sûr par vous-même que le sujet était en état de supporter une opération majeure et en possibilité d'en surmonter les inconvéniens. Telle était la question préjudicielle de vie et de mort que vous aviez à résoudre. Honte à vous, si l'indication médicale, sanctionnée par la connaissance de l'économie, n'a pas légitimé votre hardiesse!

Les opérateurs, sachant que la prestesse de la main est ce qui frappe le plus le vulgaire, se piquent d'être expéditifs, et véritablement cette prestesse est de rigueur à l'armée, après une bataille; mais dans un hôpital, où rien ne vous presse tant, je ne vous louerai pas d'agir avec précipitation. Nos maîtres mettaient la sûreté au dessus de la célérité; ils estimaient qu'une opération était

faite assez vite si elle était faite à point : *Sat citò, si sat benè* : ils y regardaient long-temps avant d'accorder leur suffrage, et voulaient voir en quel état se trouvait l'opéré derrière l'opérateur. Avis à messieurs les étudians de l'Hôtel-Dieu, qui dernièrement ont battu des mains à une taille exécutée en une minute.

Si les chirurgiens, lors d'une consultation, causaient avec le malade aussi ouvertement qu'ils causent entre eux, ils s'apercevraient en plus d'une rencontre que leurs idées s'écartent du bon sens. Qu'ils disent, par exemple, au patient, dont ils sont à même d'amputer la jambe, huit pouces au dessous de la tubérosité tibiale, que cette amputation, très-dangereuse par elle-même, offre une chance d'autant plus heureuse, qu'elle est faite à une plus grande distance du tronc, mais qu'alors le moignon, par sa longueur, gênera la marche avec une jambe de bois : *le Mécenas de La Fontaine, plus que content, pourvu qu'en somme il vive*, aura bientôt rectifié leur choix. Qu'ils demandent à un autre patient s'il veut être opéré en temps et en lieu d'élection, ou en temps et en lieu de nécessité ; sa réponse ne se fera pas attendre, et il voudra, avec raison, être opéré en temps et en lieu d'absolue nécessité.

« Le corps de Buffon ayant été ouvert après sa mort, » on lui trouva cinquante-sept pierres dans la vessie. » Plusieurs étaient grosses comme une petite fève, toutes » étaient cristallisées en triangle, et pesaient ensemble » deux onces et six gros. Les gens de l'art qui ont fait » l'ouverture, croient s'être assurés qu'il aurait pu être » taillé facilement et sans danger ; mais il ne put s'y dé- » terminer dans le commencement, parce qu'il doutait » ou cherchait à douter qu'il eût la pierre ; et dans la

» suite parce qu'il douta du succès de l'opération, et qu'il » crut devoir s'abandonner à la nature dont il s'était » peut-être exagéré les ressources. Toutes les autres par» ties étaient parfaitement saines. » (*Encyclopédie méthodique*. Histoire, tome VI.) L'ouverture du corps a prouvé que les gens de l'art et les donneurs de conseils raisonnaient fort mal. Ce n'est pas pour empêcher de souffrir qu'on fait cette opération cruelle et dangereuse, quoi qu'on en dise, c'est pour empêcher de mourir par les progrès de la maladie, *ne pars sincera trahatur*. Si le patient n'eût pas connu ce principe, les médecins-opérateurs auraient dû le lui apprendre. Buffon avait une idée juste de sa situation; il savait que la vieillesse est l'âge des infirmités, et s'estimait assez heureux de pouvoir, malgré ses souffrances, continuer son immortel ouvrage. Ainsi il vivait à quatre-vingt-un ans, parce que sa maladie était toute locale et qu'il savait souffrir.

Une femme, âgée d'environ soixante-cinq ans, ennuyée de vivre avec une tumeur grosse comme le poing, qui lui gênait les mouvemens de la langue depuis huit ans, et lui causait une difformité sous la mâchoire, s'achemine vers l'Hôtel-Dieu de Paris. Le chirurgien en chef la débarrasse de sa tumeur. C'était un lipome. Et l'opérée? morte, le troisième jour, des symptômes inhérens à une grande blessure, tels que la douleur, l'inflammation et la fièvre. Je doute qu'une consultation de chirurgiens eût préservé cette vieille femme de l'opération qu'elle demandait.

L'opération qui émerveille le plus les amateurs n'est donc qu'un point dans la chirurgie, nommée médecine opératoire par Lassus, Sabatier, Scarpa, etc., tandis que l'autre point d'une aussi grande importance, pour le

moins, est le fruit de l'expérience et de l'observation qui décident de l'opportunité de l'opération, et tiennent en réserve des remèdes convenables contre les accidens éventuels. Impossible au jeune opérateur de Celse, au chirurgien que les gens du monde estiment à l'exclusion du médecin, de saisir, quel que soit son génie, les indications médicales avec autant de promptitude, et d'opérer avec autant de talent les premières fois, que par la suite dans le cours de sa pratique.

Depuis la dernière loi sur l'exercice de la médecine, le médecin fait le plus qu'il peut de chirurgie, et le chirurgien exerce journellement la médecine. Les deux docteurs marchent de pair, et cela doit être quand le savoir est égal de part et d'autre. Si celui-ci voulait l'emporter sur son confrère pour l'habileté de la main, celui-là aurait en sa faveur que les hommes livrés le plus à la méditation, sont supérieurs aux autres dans l'exercice des fonctions intellectuelles.

C'est sur le champ de bataille que l'art brille du plus vif éclat. Le chirurgien, actif, aussi brave que les blessés, affronte la mort auprès d'eux; il opère et panse les soldats à l'instant du coup, les place dans une ambulance où tous les genres de secours sont prévus, et leur procure d'ingénieux moyens de tranport jusqu'aux hôpitaux.

La chirurgie civile n'est pas aussi heureusement partagée dans son exercice, que la chirurgie militaire. L'une traite des sujets bien constitués, dans la vigueur de l'âge, et renversés par un accident; l'autre s'exerce le plus souvent sur des malades dont l'excès de travail, la misère, l'âge avancé ont altéré la santé générale. En outre, une circonstance qui relève par dessus tout la chirurgie mi-

torisent de ce paradoxe pour déborder le code des indications ; ils tourmentent la nature pour qu'elle les *seconde* (c'est leur expression) par des miracles qui sont au dessus de ses forces. Voyez-les extirper l'utérus, extraire un calcul d'un volume démesuré, lier l'artère aorte, etc. L'un d'eux, nouveau Praxagoras, s'est aventuré jusqu'à pénétrer avec l'instrument tranchant dans les profondeurs du bas-ventre, sans être éclairé par le diagnostic, puisqu'il n'a pas trouvé ce qu'il cherchait, et qu'il a trouvé ce qu'il ne cherchait pas. Espérons que la publicité de ce revers, dans les journaux de médecine, sera une garantie contre le retour d'un pareil acte de témérité. La cause du mal, la complexion du sujet, l'âge même influent peu sur la détermination de ces opérateurs, pourvu que les patiens puissent survivre quelques jours à l'opération. Apparemment ils entreprennent de faire vivre leurs cliens plus qu'âge d'homme; nous venons de voir que le chiffre de 80 ans ne les faisait point reculer devant un calculeux.

Une difformité accidentelle, qui ne nuit en rien à la longévité, qui n'est pas douloureuse, telle que celle provenant d'une fracture du bras non consolidée, a été emportée une fois, deux fois sans plus de formalité qu'un doigt surnuméraire. Si les opérés viennent à succomber, *la faute n'en est pas à l'opérateur. L'opération avait été bien faite, de peu de durée. Il faut en accuser une fièvre, une imprudence, ou une affection morale qu'on ne pouvait prévoir. C'est cet accident qui les a fait mourir.* A d'autres. Jusqu'à quand l'humanité présente doit-elle encore vainement souffrir pour l'humanité future !

La nature révèle par fois sa puissance, et fait voir que c'est elle qui guérit les plus grandes maladies, pour peu

qu'elle soit secondée. Force est bien alors aux disciples d'Hérodicus de remettre l'art en seconde ligne, et de passer à leur tour, s'ils sont de bonne foi, du côté des médecins expectans.

Les professeurs de chirurgie font une belle leçon sur l'empyème dans les amphithéâtres d'anatomie. Ils donnent le précepte d'ouvrir la poitrine à la partie la plus basse de sa cavité. Cet endroit d'élection est fixé entre la quatrième et la cinquième fausses côtes du côté droit, pour ménager le diaphragme que soulève le foie en cette région, et entre la troisième et la quatrième côtes gauches, en comptant de bas en haut, et à la distance de onze à quinze centimètres de l'épine. L'embonpoint ou l'emphysème peut rendre difficile cette précision; dans ce cas, ils indiquent des mesures à prendre afin d'y parvenir, car il importe de mettre la poitrine à sec, et d'introduire ensuite dans l'ouverture une bandelette de linge effilée qui serve de filtre au liquide restant, sans permettre l'entrée de l'air par la plaie dans la poitrine. Eh bien! j'ai passé par dessus toutes ces puérilités de mesure et de calcul; j'ai ouvert la poitrine avec un simple trocart à l'endroit central d'une collection séreuse; et, pour avoir une ouverture permanente dans un empyème de pus, j'ai fait la ponction avec le cautère indiqué par le médecin de Cos, *si verò non spuatur, sed ad latera suî significationem exhibeat, secato aut inurito* (*De morbis*, lib. III.), et la poitrine s'est vidée par le doux balancement du diaphragme et du poumon, qui ont poussé le liquide épanché vers l'endroit où l'ouverture avait été faite : *Quà data porta.* Nous donnerons, dans un prochain cahier de *la Revue*, les détails de ces deux observations qui ont déjà été publiées ailleurs.

Hippocrate ne faisait point d'opération dans l'empyème de sang traumatique, parce que, là véritablement, il n'y avait point d'opération à faire. Aussi commençons-nous depuis quelques années à y renoncer. Que la nature soit simplement aidée; cela suffit à la guérison, si elle est possible. Cette chirurgie expectante a été couronnée d'un succès récent entre les mains de M. Larrey, sur des blessés de la révolution de juillet. Tout le sang épanché dans la poitrine a été expectoré ou résorbé à l'aide de la diète, des saignées et des ventouses scarifiées: nouvelle sanction de la doctrine de Cos. J'y joindrai le témoignage de mon expérience personnelle.

J'ai gouverné la santé d'un capitaine, qui portait les cicatrices de deux plaies pénétrantes à la poitrine, avec lésion des poumons; l'une au côté gauche par arme blanche, l'autre par un coup de fusil dont la balle avait pénétré au dessous du sein droit, et avait été extraite avec des morceaux d'habit et des esquilles près de la colonne vertébrale. Cet officier a vécu de régime avec une grande force de tête jusqu'à l'âge de cinquante-huit ans, sept ans après le coup de feu.

Ambroise Paré, l'orgueil de la chirurgie française, avait coutume de répondre à ceux qui le félicitaient sur ses brillantes cures : *Je le pansai, et Dieu le guarît.*

D'ordinaire, le fils d'Héraclide se tenait en observation durant la maladie, tout prêt à agir; mais si une grande maladie, telle que l'esquinancie, débutait par une vive inflammation, il tenait une autre conduite et l'attaquait par une large saignée aux deux bras, qui produit un effet bien supérieur à tout ce que peuvent faire nos sangsues. *Neque copiosum sanguinem detrahere cunctandum est.* Pourquoi ne saignons-nous aussi co-

pieusement les sujets vigoureux, des deux bras en même temps et debout, pour les jeter dans un défaillance favorable à la réduction des hernies et des luxations?

Les auteurs écrivent et les professeurs enseignent que le médecin de Cos faisait la saignée aux veines du nez, sans nous expliquer le mode d'opération, et ne considérant pas combien ils seraient embarrassés pour ouvrir ces vaisseaux avec une lancette. Ils sont les échos les uns des autres, comme les historiens répètent sans réfléchir l'histoire de Denis-le-Tyran, qui se faisait la barbe à la flamme des coquilles de noix; de ce peintre qui, désespéré de ne pouvoir exprimer l'écume d'un cheval, fit un chef-d'œuvre en jetant de dépit son éponge sur la toile. Le fait est qu'Hippocrate pratiquait la saignée du nez, peut-être à la manière des enfans qui se font un jeu de se procurer un abondant saignement de nez; grande ressource que nous avons tort de négliger. Anthistènes de Larisse est vaincu dans une lutte, et tombe à la renverse sur un terrain dur. Application de topiques froids; il soupe et se sent plus mal dans la nuit. Le lendemain la fièvre s'allume, une toux sèche survient et la respiration est gênée. Le cinquième jour, le malade crache du sang en petite quantité et commence à délirer. Les éclats de la toux causent de la douleur à la poitrine et dans le dos. Est-ce une péripneumonie? Les médecins le pensent. Le sixième jour, Hippocrate est appelé en consultation et voit le siége du mal dans le cerveau. Il *prescrit* une épistaxis qui donne quatre hémines de sang.

Cependant les symptômes de l'épanchement prennent de l'intensité vers le soir, et la mort arrive le onzième jour de l'accident. A quoi servent les consultations dans une maladie méconnue d'abord, et qui a déjà fait de

grands progrès? C'est à son invasion qu'il faudrait appeler des consultans.

Notre maître se priva d'une grande ressource en s'abstenant de faire la saignée à l'artère temporale, si facile à ouvrir et à comprimer au devant du tragus, par crainte de convulsions. Ce fut cette crainte chimérique qui retint, malgré l'heureux exemple d'Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente, un des anatomistes et des chirurgiens les plus célèbres de l'Italie, au seizième siècle; tant était grande encore, après deux mille ans, l'autorité de l'oracle de Cos!

Ministre et interprète de la nature, sans en être l'esclave, Hippocrate portait le plus grand respect à la vie de ses malades. Fallait-il absolument opérer pour conserver la vie ou rétablir un organe essentiel, il calculait avec tant de prudence les avantages et les inconvéniens de l'opération, que sa main ne pouvait faire de victimes, ni même préjudicier. Il n'ouvrait avec la lancette que les veines superficielles, et tirait du sang avec des ventouses qu'il appliquait sur plusieurs régions; mais il n'osait faire des incisions profondes à cause des gros vaisseaux qu'il craignait d'ouvrir et de ne pouvoir fermer. Un homme est atteint dans l'aîne d'une flèche dont le trait s'enfonce à une grande profondeur dans les chairs. Le blessé ne perd pas beaucoup de sang, et l'inflammation ne l'empêche pas de marcher. L'opérateur ne va point à la recherche du corps étranger; il attend, et, au bout de six ans, il en fait l'extraction, conjecturant que le fer s'était glissé entre les nerfs et les vaisseaux sanguins.

Cet homme de génie s'attachait à guérir ses blessés par de petites opérations de détail, au risque de laisser une difformité, et répugnait à entreprendre des procé-

dés ingénieux, mais trop *frayans* sur les chairs et sur les os. Si dans le cours du traitement d'une fracture au bras ou à la cuisse, compliquée de la sortie des fragmens, quelqu'un proposait la réduction devenue trop tardive, et voulait s'en charger, il faisait une retraite honnête, appréhendant d'accréditer par sa présence une manœuvre douloureuse et d'un succès plus qu'incertain.

Pour l'opération de la fistule à l'anus et du polype des fosses nasales, il préfère la ligature, dont l'action est lente, à l'instrument tranchant; il prévient l'hémorrhagie, en agissant de la sorte à plusieurs reprises et à petits coups.

Lorsqu'il emportait les tumeurs hémorrhoïdales il réservait une hémorrhoïde. Son intention était d'accorder quelque chose à la nature, qu'il eût peut-être trop contrariée en lui enlevant totalement et tout à coup une voie de décharge qu'elle s'était ouverte.

Quand une maladie grave, telle qu'un cancer à la mamelle, un polype à la matrice, lui paraissait au dessus de sa capacité, il se contentait de la signaler et de l'inscrire pour mémoire sur le livre qu'il destinait à ses successeurs.

Il prenait les précautions les plus minutieuses pour bien faire ce qu'il faisait. Regardons-le trépaner : il lève de temps en temps le trépan, et le trempe dans l'eau froide, parce que l'os, s'il était échauffé, serait plus exposé à la suppuration; il examine avec le *speculum* le progrès de l'instrument, afin d'incliner davantage le trépan du côté où l'os est le plus épais, et, sur la fin de la perforation, il agite à diverses reprises le cercle osseux pour ménager les enveloppes du cerveau.

Rien n'était négligé à l'effet de prévenir les accidens.

L'opéré observait un régime proportionné à sa situation. On avait grand soin d'entretenir le ventre libre, et on tirait tout le parti possible de l'hygiène.

Tel est l'avantage de partir d'un principe vrai, que ce grand homme obtenait à peu de frais, et avec les instrumens les plus simples, les meilleurs résultats dans de très-grandes maladies, notamment celles de la poitrine.

Le médecin philosophe se refusait à faire couler le sang pour des opérations de pure convenance, celles, par exemple, qui ont trait à l'embellissement de la face, et abandonnait cette partie de l'art à des subalternes qui, sans doute, en faisaient leur métier. Il dédaignait d'être un artiste de ce genre de mérite, et ne voulait pas s'exposer à devenir un meurtrier. Prenez-le pour modèle, vous qui croyez que cent cures non nécessaires à la vie, ne peuvent pas ici faire pardonner une catastrophe.

Il se refusait également à donner des consultations sur de simples renseignemens, persuadé qu'il ne pouvait être utile aux fiévreux et aux blessés qu'il ne visitait pas; et, de fait, le diagnostic était, à l'origine de la médecine, trop plein d'incertitude. Aussi ne négligeait-il aucune des attentions propres à mériter la confiance des malades et des assistans. Sa patience à écouter ceux-mêmes qui ne vivaient plus que d'illusions, la douceur de son langage faisaient désirer sa présence comme celle d'un ami; et les malheureux, d'un physique repoussant pour tout le monde, étaient consolés un moment, en voyant le divin vieillard qui les approchait, soigner, pour leur être agréable, sa mise et toute sa personne.

OBSERVATIONS

Sur les effets de l'extrait de belladone, appliqué sur l'anneau inguinal, pour faciliter la réduction des hernies étranglées;

Par M. Fuzet-Dupouget fils, médecin inspecteur-adjoint des eaux thermales de Saint-Laurent (Ardèche).

Tout médecin qui exerce son art avec désintéressement et dans la seule vue d'être utile à ses semblables devrait, suivant le conseil et l'exemple de plusieurs hommes recommandables, se faire un devoir de publier les observations qui peuvent accréditer de nouveaux moyens thérapeutiques sur lesquels l'opinion n'est pas encore fixée, faute d'expériences suffisantes. C'est dans ce but que j'ai l'honneur d'adresser à messieurs les rédacteurs généraux de la *Revue médicale* les quatre observations suivantes, afin de leur donner de la publicité, si du moins ces messieurs les jugent dignes d'occuper une place dans l'intéressant journal qu'il rédigent avec tant de succès et d'impartialité.

Première observation. Le 8 novembre 1830, je fus appelé auprès d'un homme nommé Deleuze (de la commune de Chandolas, canton de Joyeuse), âgé de cinquante-quatre ans, qui se plaignait de violentes coliques depuis deux jours, avec vomissemens de matières bilieuses et stercorales. Il ne pouvait garder dans l'estomac que fort peu de temps les liquides qu'une soif intense le forçait

d'avaler; le pouls était petit, fréquent et serré; la face grippée, le bas-ventre souple, mais un peu douloureux à la pression. Je soupçonnai l'existence d'une hernie étranglée, et le malade me dit qu'il avait depuis plusieurs années une tumeur à l'aine gauche, qui depuis deux jours s'était accrue du double, après un effort violent qu'il avait fait pour soulever un fardeau; je reconnus en effet une hernie inguinale énorme, dure, très-douloureuse au moindre attouchement. J'essayai avec précaution d'opérer le taxis, mais inutilement. Les saignées générales et locales, les bains, les cataplasmes émolliens, tout fut sans effet pendant deux jours; je ne trouvai de ressource que dans l'opération : je la proposai; mais le malade s'y refusa, malgré mes instances. Je résolus de tenter l'application de l'extrait de belladone sur l'anneau inguinal, comme je l'avais vu conseillé dans la *Revue médicale*, et même plus tard employé avec succès par le docteur Pagès, mon condiciple, médecin de l'hôpital d'Alais, et qui a consigné son observation dans le même journal (tom. III, année 1829, pag. 68). Deux gros de cet extrait, ramolli avec un peu d'eau et étendu sur un linge, furent appliqués sur l'anneau inguinal. Le 10 novembre, à trois heures du soir, le malade était dans un état désespéré; il rejetait toujours par le vomissement tout ce qu'il avalait, le pouls était misérable : je faisais tenir constamment sur la région épigastrique et le bas-ventre des compresses imbibées avec du bouillon, ne voyant plus d'autre moyen de soutenir un peu les forces du malade, qui étaient presque épuisées. Sept heures après l'application de l'extrait de belladone, Deleuze dit aux personnes qui le soignaient, qu'il se trouvait bien, qu'il ne souffrait plus, et qu'il désirait aller à la selle;

il rendit par l'anus quelques matières dures, et dès ce moment les souffrances cessèrent. Je le revis le 11 novembre; son état était très-satisfaisant, la hernie était rentrée. Je fis donner un lavement qui procura une évacuation. Du bouillon fut bien supporté, et bientôt ce cultivateur a été rendu à son premier état de santé. Aujourd'hui il porte un bandage qui maintient la hernie en place, et il se livre à ses travaux ordinaires.

Seconde observation. Le 6 janvier 1831, j'ai eu occasion de mettre encore en usage l'extrait de belladone, après avoir opéré inutilement le taxis pour réduire une hernie inguinale du côté droit, chez un individu que j'avais soigné à deux époques différentes pour la même maladie, dont il était affecté depuis près de vingt-cinq ans. Cet homme est un tailleur, nommé Roux (de Bérias, canton de Vaux), âgé de soixante-dix-sept ans. Le 6 janvier, ayant enlevé son bandage et s'étant livré à ses travaux, sa hernie sortit, et, malgré ses efforts il ne put la faire rentrer. Il se rendit chez lui avec peine; je le vis environ six heures après son accident. Je ne pus réussir à opérer la réduction par tous les moyens indiqués en pareil cas. J'envoyai chercher deux gros d'extrait de belladone, qui furent appliqués à la fin du second jour de l'étranglement, et, huit heures après cette application, la hernie rentra d'elle-même; dès ce moment tous les accidens cessèrent. Je ne suis pas entré dans tous les détails du traitement que je mis en usage avant d'en venir à l'emploi de l'extrait de belladone; j'aurais craint qu'ils ne fussent fastidieux.

Troisième observation. Au moisde juillet dernier, on vint me prier de me rendre auprès d'un malade habitant la commune de Saint-André-de-la-Champ, canton de Joyeuse,

âgé d'environ soixante-six à soixante-huit ans, affecté d'une hernie inguinale du côté gauche, qui s'était étranglée depuis cinq jours. On m'invitait à me munir des instrumens nécessaires pour l'opération, que M. le docteur Maynier jugeait nécessaire, attendu qu'il avait déjà mis en usage avec les soins les mieux dirigés tous les moyens de réduction, et qu'ils avaient été infructueux. Ne pouvant me rendre auprès de ce malade, je prescrivis l'application de l'extrait de belladone sur l'anneau inguinal et sur la hernie, et en même temps je fis prier mon confrère M. Guigou, médecin fort instruit et très-estimable, habitant à Joyeuse, de vouloir bien me remplacer auprès du malade, attendu que M. le docteur Maynier était absent. M. Guigou fit lui-même l'application de l'extrait de belladone, et dans la nuit suivante la hernie rentra complètement. Cependant les accidens et les symptômes d'étranglement persistèrent encore, et le septième jour le malade succomba. Cet homme est-il mort des suites de l'inflammation intestinale? ou bien, comme l'a observé plusieurs fois M. Dupuytren, y a-t-il eu un étranglement intestinal après la rentrée de la hernie dans le bas-ventre? L'ouverture du cadavre n'ayant pas été faite, nous ne pouvons prononcer avec certitude sur la cause immédiate de la mort.

Quatrième observation. Je dois à l'obligeance de mon estimable confrère M. Guigou une observation qui lui est propre: il a employé avec le plus grand succès l'application de l'extrait de belladone pour réduire une hernie inguinale étranglée qui n'avait pu rentrer après l'emploi des saignées, des sangsues et des bains, etc. Le taxis a été opéré au bout de cinq ou six heures après l'application de la belladone; et la réduction, qui aupa-

rayant semblait impossible, s'est opérée avec facilité. Le sujet de cette observation jouit aujourd'hui d'une très-bonne santé.

ESSAI

Sur les effets de l'eau de mer dans quelques maladies chronique;

Par M. F.-A. Lalesque aîné, de La Teste (Gironde).

Θάλασσα κλύζει τ'ανθρώπων κακά.
Mare abluit hominum mala.
Euripide, *Iphigén. en Taur.*, v. 1193.

« *Acuti morbi suâ sponte solvuntur, nunc fortunâ favente, nunc fluore sudoris, nunc sanguinis vel ventris : chronici verò solius medici peritiam poscunt, qùum neque naturâ neque fortunâ solvuntur.* » (Coelius Aurelianus.) Les maladies aiguës qui finissent heureusement doivent, en général, cette issue favorable à des évacuations qui les terminent, et celles où ces évacuations ne se montrent pas deviennent souvent chroniques. Les maladies chroniques doivent ordinairement leur terminaison fâcheuse au peu d'énergie que le *molimen criticum* met à provoquer les évacuations salutaires. Cependant ces mêmes maladies se terminent quelquefois aussi favorablement que les maladies aiguës, quand des évacuations critiques surviennent dans leur cours : c'est à l'habileté du médecin à provoquer ou à favoriser ces crises. L'eau de mer à l'extérieur ou à l'intérieur, selon les circonstances, est un des moyens les plus actifs et les plus

utiles qui puissent être employés dans cette vue, comme le démontrent suffisamment les écrits d'un grand nombre d'auteurs, tant anciens que modernes, tels que ceux d'Hippocrate, de Pline le naturaliste, de Celse, de Thémison, de Cœlius Aurelianus, d'Alexandre de Tralles, d'Actuarius, d'Avicenne, de Rolfink, d'Helwig, de Thomas Reil, de Hunter, de Cullen, de Russel, de Pinel, de Delpech, etc. Ce remède le dispute en efficacité à tout ce que la matière médicale a de plus recommandable dans la plupart des hydropisies générales ou partielles, dans la plupart des maladies chroniques de l'utérus, et surtout dans les scrophules.

Première observation.

Hydropisie enkystée de l'ovaire guérie par les bains d'eau salée. — Salivation critique.

Julie M***, âgée de vingt-six ans, couturière, non mariée, d'une forte constitution, avait toujours joui d'une bonne santé. Les règles s'étaient établies chez elle à l'âge de quinze ans, et avaient toujours reparu avec régularité jusqu'à l'âge de vingt-deux. Après cette époque elle devint enceinte, et, après un accouchement qui n'offrit rien de particulier, sa santé demeura tout aussi bonne qu'auparavant. Vers le mois de janvier 1820, sans cause appréciable, elle éprouva un sentiment de pesanteur dans l'abdomen. Bientôt après elle s'aperçut qu'elle portait dans la fosse iliaque droite un corps arrondi, du volume d'une orange, que l'on pouvait déplacer avec la main. Cet état changea peu jusqu'au mois d'avril; mais alors le volume de l'abdomen augmenta rapidement, et vers le commencement de mai, la marche devint gênée

et pénible, le sommeil fut troublé par des rêves fréquens; il survint de l'amaigrissement; le flux menstruel continua d'être régulier; mais la malade, effrayée par les accidens qu'elle éprouvait, appela du secours, et présenta l'état suivant :

Abdomen tendu, un peu balloné; on y sentait manifestement une tumeur pyriforme dont la grosse extrémité s'étendait jusqu'à l'hypochondre droit. Cette tumeur ne pouvait être suivie jusque dans la fosse iliaque droite, où elle semblait s'enfoncer dans le bassin, en perdant beaucoup de son diamètre transversal : on y percevait une fluctuation très-obscure; l'auscultation n'y faisait entendre aucun bruit particulier.

La figure, un peu amaigrie, était assez colorée; l'appétit était bon, la langue dans l'état naturel; toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement; la malade attendait ses règles, qui parurent effectivement le 1[er] juin et coulèrent abondamment jusqu'au 7. Le 8, on pratiqua le toucher, et l'on reconnut que l'utérus était sain.

Pendant tout le mois de juin, aucun nouveau signe ne se manifesta. La tumeur augmentait de volume, et cette augmentation avait lieu vers la portion rétrécie qui plongeait dans le petit bassin. Vers la fin du mois la malade commença d'y ressentir des élancemens qui rendaient sa marche pénible. La figure conservait encore sa fraîcheur, la circulation n'était jamais troublée, les selles et les urines avaient lieu comme à l'ordinaire. Les règles reparurent le 1[er] juillet, et durèrent huit jours. Convaincu alors que cette tumeur ne pouvait dépendre que d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, je résolus de tenter les bains d'eau salée; j'en prescrivis, en conséquence, un chaud, tous les jours, d'une heure de durée.

Le 17 juillet, après son sixième bain, la malade crut s'apercevoir que son ventre augmentait de volume presqu'à vue d'œil; en effet, la tumeur, tout-à-fait logée dans l'hypochondre droit, où l'on en perdait la trace, ne pouvait plus être circonscrite; elle paraissait en même temps plus molle.

Les jours suivans, cette augmentation de la tumeur fut encore plus manifeste; l'abdomen, tendu et rénitent, avait acquis le volume et la forme qu'il affecte dans les derniers jours de la grossesse; il était très-difficile de circonscrire la tumeur, qui semblait toujours déviée à droite.

Le 29 juillet, à la sortie du bain, la malade éprouva une violente céphalalgie. Le soir, à cinq heures, fièvre sans frisson, sueur très-abondante : aussitôt l'abdomen se ramollit, et la tumeur sembla uniformément répandue dans cette cavité; elle était molle et indolente. La malade se trouva dans un état de faiblesse extrême, l'excrétion des urines diminua notablement; cependant la nuit fut calme.

Le 30, le ventre, encore très-volumineux, était d'une mollesse extrême, on n'y trouvait plus la tumeur qui existait les jours précédens; et, en le palpant avec soin, on n'éprouvait plus que le sentiment d'une poche flasque à moitié pleine de liquide. Les bains furent continués les jours suivans.

Le 9 août, la fluctuation était obscure, l'abdomen moins volumineux, l'appétit vif, toutes les fonctions régulières. Dans la journée, la malade fut prise d'une salivation des plus abondantes. Le 10, la salivation continua, mais avec moins d'abondance. Un gargarisme émollient fut prescrit pour calmer la sensibilité des gencives.

Le 11, la salivation cessa graduellement. A dater de cette époque, le ventre ne présenta plus de fluctuation. Le dernier bain fut administré le 12 août. La convalescence fit des progrès rapides, et la malade fut en pleine santé le 19 du même mois.

Seconde observation.

Symptômes d'hydropisie de poitrine. — Guérison par les bains de mer.

Madame G***, native de Lima, âgée de cinquante-quatre ans, d'une constitution assez forte, mais affaiblie, fut parfaitement bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-huit ans. A cette époque, elle quitta le Pérou pour venir habiter Bordeaux. Son voyage, et bien plus la position de cette ville, mirent madame G*** dans l'impossibilité de suivre l'habitude qu'elle avait contractée de se baigner à l'eau de mer, ce qu'elle faisait le plus souvent possible, avant de quitter l'Amérique méridionale.

Depuis cinq ans, la malade avait constamment été languissante. Elle avait peu de sommeil, peu d'appétit, de la constipation; la langue était chargée, la bouche mauvaise, la respiration pénible et précipitée; la toux sèche, mais peu fréquente; le bas des jambes légèrement œdémateux; tout autour de la poitrine, au point d'insertion du diaphragme, elle sentait une douleur circulaire très-vive, contre laquelle on avait en vain dirigé les calmans, les sangsues, et mille autres moyens, pendant cinq mois entiers, sans obtenir le moindre amendement. La malade suffoquant, au contraire, de plus en plus, ressentait dans la poitrine l'impression d'un liquide qui s'y promenait à chaque mouvement qu'elle faisait, et ne pouvait se coucher ni sur les côtés ni sur le dos; la supination élevée

étant la seule manière dont elle pût se tenir au lit, sans éprouver autant d'accidens que sur les autres faces du corps. Cependant la toux était toujours sèche et plus fréquente, l'expectoration nulle, les urines rares et colorées, la constipation opiniâtre; le pouls fréquent, irrégulier, peu fort; le plus léger exercice impossible; le sommeil nul, empêché par des quintes de toux multipliées et des accès de suffocation. Tel était l'état de madame G*** à son arrivée à La Teste, où elle s'était transportée pour prendre des bains de mer, d'après une consultation qui lui avait été donnée par un médecin de Paris. « Franchement, dit mon père, dans la lettre où il me communique cette observation, l'état de la malade m'effraya. Je résolus cependant de commencer le traitement par un bain chaud, et d'aller, par degrés successifs, jusqu'à la température qu'a l'eau de mer dans la saison où nous étions. »

Le premier jour du traitement, bain chaud, nourriture légère; chiendent émulsionné. Point d'amendement dans les symptômes. Le deuxième jour, bain tiède; même alimentation, mêmes boissons; appétit légèrement augmenté, un peu de sommeil dans la nuit; quelques crachats dans la matinée du lendemain; constipation. Le troisième jour, bain frais; bien-être général en sortant du bain; crachats très-abondans dans la soirée, difficulté de respirer sensiblement diminuée.

Le quatrième jour, bain *à la lame*, de sept minutes, par un temps très-chaud. On y porte la malade, qui ne peut encore marcher à cause des suffocations. Madame G*** s'y trouve bien; la réaction a lieu, la difficulté de respirer s'amende encore, et la malade continue à rendre une grande quantité de crachats blancs, spumeux, offrant

l'aspect de blanc d'œuf battu au contact de l'air. Elle peut se promener dans sa chambre, sent son appétit augmenter, sa suffocation et sa toux diminuer; elle peut reposer quelques heures de suite dans la nuit; deux selles.

Le cinquième jour, bain à la *lame;* la malade y peut rester vingt-sept minutes sans aucun inconvénient, et marche, après l'avoir pris, jusqu'à l'établissement, sans difficulté de respirer et sans suffocation. L'oppression va diminuant chaque jour; les crachats augmentent et conservent le même aspect noté plus haut.

Le sixième jour, bain à la *lame;* il dure trente minutes. La dyspnée s'efface de plus en plus; la toux est assez fréquente et ramène des crachats très-abondans. Madame G*** marche sans suffocation; le pouls acquiert de la régularité et de la force, l'appétit de la vigueur, la respiration de la facilité, la langue sa couleur ordinaire, les selles plus de régularité.

Les septième et huitième jours, bain de trois quarts d'heure; urines abondantes; expectoration facile et copieuse. La malade peut se promener au bord de la mer sans éprouver de suffocation, et se coucher indifféremment sur tous les côtés du corps sans éprouver trop de gêne dans la respiration.

Enfin, le 3 septembre, un mois après son arrivée (les bains ayant été régulièrement continués), madame G*** est très-bien rétablie, prête à retourner à Bordeaux, ayant acquis déjà de l'embonpoint et les marques les plus évidentes d'un rétablissement parfait.

Les observations suivantes prouvent que l'usage intérieur de l'eau de mer n'est pas moins efficace que son administration extérieure dans les hydropisies.

d'élection; le liquide sortit de l'abdomen; et la malade fut soulagée pendant quelque temps. Ce bien-être ne fut pas long, car l'hydropisie réparut au bout de quelques jours avec toute son intensité. La paracenthèse fut pratiquée une seconde fois sans plus de succès que la première. Quelque moyen qu'on employât pour prévenir l'exhalation séreuse, elle eut lieu de nouveau après une troisième ponction, puis après une cinquième, puis encore une sixième; enfin la malade supporta neuf fois l'opération de la paracenthèse, sans avoir d'autre perspective que quelques jours de repos amené par l'écoulement du liquide contenu dans l'abdomen, et la nouvelle ampliation de cette cavité.

Ce ne fut qu'après la neuvième ponction que mon père s'imagina d'opposer à l'ascite rebelle l'usage de l'eau de mer, dont il se souvenait avoir vu les effets notés dans les auteurs contre les affections de cette nature. Il l'administra donc, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, en même temps. Ce premier cas l'encouragea bientôt pour les suivans qui se présenteraient à son observation; car, dans peu de jours, tous les canaux excréteurs de la malade s'ouvrirent, chassèrent de l'économie le frein qui retenait leur action, et madame S***, au milieu de ce nouvel ordre de choses, resta dans un état si satisfaisant que l'hydropisie n'a jamais reparu.

Septième observation.

Leucorrhée guérie par l'usage des bains de mer.

Madame Sp***, âgée de quarante ans, grande et bien conformée, mariée à un riche négociant de Bordeaux, et mère de plusieurs enfans, eut une dernière couche des plus malheureuses à trente-six ans. L'enfant se présentait

mal : il était énorme ; la poche des eaux se rompit, et madame Sp*** resta dans les souffrances les plus horribles pendant deux jours ; elle était à la campagne à quelques lieues de Bordeaux, assistée du médecin de l'endroit, homme instruit et recommandable, qui, malgré sa prudence et sa longue pratique, ne put accoucher la malade qu'avec le forceps. L'enfant vint mort. Les suites de l'accouchement furent aussi terribles que l'accouchement lui-même, et madame Sp*** pensa mourir d'une métrite des plus redoutables. Elle guérit cependant ; mais elle conserva de cette maladie des restes presque inévitables : je veux parler d'une leucorrhée des plus intenses.

D'abord l'écoulement fut simple, c'est-à-dire sans caractère alarmant ; mais il acquit bientôt de l'intensité, et résista à tous les moyens qu'on dirigea contre lui : antiphlogistiques, émolliens, injections adoucissantes d'abord, puis astringentes, anodines, etc., tout fut employé sans succès. L'écoulement diminuait bien peu, mais il reparaissait bientôt avec toute sa force. Insensiblement les douleurs, sourdes dans le principe, furent vives et continues ; l'état de la malade se compliqua de faiblesse générale, de maigreur, de pâleur extrême, de suppression des règles, de perte de l'appétit, en un mot, de cachexie véritable. La marche déterminait des douleurs qui rayonnaient de la matrice dans tout l'abdomen ; cette dernière était douloureuse au moindre mouvement ; la constipation alternait avec la diarrhée ; la malade ne dormait presque plus ; enfin elle dépérissait de jour en jour.

Telle était la situation de madame Sp***, lorsqu'elle vint à La Teste pour y prendre les bains de mer qu'un

médecin de Bordeaux lui avait conseillés dans une consultation. La maladie datait de plus de trois ans. Madame Sp*** fut touchée. La vulve était enflammée, parsemée, ainsi que la partie interne et supérieure des cuisses, de petites pustules proéminentes, arrondies, à sommet blanc, contenant du pus dans leur intérieur. La muqueuse du vagin était phlogosée, molle, boursouflée, extrêmement douloureuse, ulcérée en deux endroits dans un espace égal à la circonférence d'une pièce de dix sous. Le col de l'utérus était entr'ouvert à y passer le petit doigt, très-sensible ; surtout au museau de tanche où le speculum permit de voir une petite ulcération. L'écoulement était fétide, tantôt sanguinolent, ressemblant à de la lavure de chair, parsemé de grumeaux miliaires et blanchâtres; tantôt séro-purulent, âcre, et déterminant, selon sa qualité, les pustules dont nous avons parlé d'une manière plus ou moins abondante. La fièvre était très-légère, mais presque continuelle; toutes les fonctions languissaient presque éteintes.

Madame Sp*** était très-sensible au froid. Les bains tièdes lui furent prescrits, et l'on descendit successivement en peu de jours jusqu'à la température de l'eau de mer. Les premiers bains lui firent peu d'effet ; mais, pleine de confiance en ce moyen curatif, madame Sp*** persista. Elle avait déjà pris quinze bains sans éprouver d'autre changement dans son état qu'un peu de plaisir à manger quelques légers poissons; du mieux dans les digestions devenues peu pénibles, et de la moiteur journalière à la peau. Madame Sp*** se levait peu, hors l'instant du bain. Ce fut seulement après la vingtième immersion que la malade sentit moins de douleurs, moins d'abondance et d'âcreté dans la matière de l'écoulement,

en même temps que de la régularité dans l'appétit, les digestions, les selles, le sommeil et la transpiration. Ce mieux fait des progrès rapides : la malade reprend déjà ses forces, de la coloration à la peau, de l'embonpoint, et de la constance dans la régularité des excrétions au vingt-cinquième bain. Au trentième, le mieux croît à vue d'œil; l'écoulement diminue et prend un caractère bénin; les ulcérations n'ont plus qu'un petit diamètre; la phlogose des parties enflammées est considérablement diminuée; tout marche à la grande satisfaction de mon père, qui donne ses soins, et de la malade, convalescente au quarantième bain. Alors les fonctions sont régulières; la gaîté, la fraîcheur, l'embonpoint et l'espoir d'un heureux avenir ont déjà repris leurs droits, remplacé les souffrances et dissipé le cortége effrayant d'une maladie menaçant presque de passer à l'état cancéreux. Voilà ce que peut l'eau de mer dans les flueurs blanches !...

Richard Russel, auteur d'un ouvrage célèbre intitulé *OEconomia naturæ in morbis glandularum* nous a laissé, dans un traité *ex professo* sur l'eau de mer, les détails les plus curieux qu'on puisse désirer touchant son application à des cas variés de diathèse scrofuleuse. Cet ouvrage, ayant pour titre *De tabe glandulari, sive De usu aquæ marinæ in morbis glandularum dissertatio*, Londres, 1750, est plein d'observations du plus haut intérêt sur la guérison des scrofules par le moyen qui nous occupe.

Depuis 1819, époque à laquelle le docteur Coindet, de Genève, a fait des essais sur l'iode, plusieurs observateurs ont eu l'occasion de répéter les épreuves du médecin helvétique, et tous ont plus ou moins préconisé les préparations iodurées contre les scrofules. M. Lugol,

qui, pour être le dernier Aristarque, n'en est pas moins le plus ardent de tous, fait voir chaque jour, à l'hôpital St.-Louis, une foule de scrofuleux plus ou moins guéris par des boissons et des pommades iodurées. J'ai vu ces malades, et je ne doute pas des heureux effets de la médication de M. Lugol. Mais ce qu'il y a de fâcheux, tant pour l'opinion que professe le thérapeutiste que pour le merveilleux du remède, c'est que tous les individus soumis à cette médication prennent, dans le liquide qui contient la teinture d'iode, une quantité de sel marin égale, *à quelques fractions près*, à celle que contient l'eau de mer. Or, comme M. Lugol administre l'iode dans un rapport infiniment petit relativement au sel marin qu'il emploie 1 : 24, il s'ensuit que l'on pourrait peut-être ici, sans trop de prévention, attribuer une grande partie des honneurs du succès au véhicule salin dont il étend ses prescriptions iodurées.

Quoi qu'il en soit, une main habile peut seule se permettre de manier l'iode et ses composés, parce qu'il est vénéneux, parce qu'il atrophie les glandes saines aussi bien que les glandes malades, parce qu'il fait disparaître un sein virginal, un embonpoint gracieux, un testicule générateur comme un goître incommode, comme un engorgement scrofuleux. Or, l'eau de mer, en présentant les mêmes avantages que l'iode, ne présente pas ses dangereux inconvéniens; son effet ne se borne pas à provoquer un mouvement local, comme le mercure, sur les glandes parotidiennes; elle évacue sans intermittence comme sans inflammation; elle tient pour ainsi dire sous sa domination tous les couloirs de l'économie, et les deux sexes peuvent en user au dedans comme au dehors, par plaisir comme par nécessité, sans que l'un ait à re-

gretter ses appas, et que l'autre ait à redouter la perte des attributs de l'homme et de l'espoir de la paternité (1).

Bulletin clinique de la Faculté de médecine de Montpellier.

Du prolapsus linguæ; par le professeur Delpech.

Nos livres contiennent des mentions trop vagues sur cette maladie, rare, mais très-incommode. Les observateurs qui ont conservé l'histoire des faits qui la concernent n'ont pas poussé assez loin l'investigation des causes, et ces faits en ont perdu une grande partie de l'utilité qu'ils auraient pu avoir. Au temps où vivait Galien, il avait été constaté que les topiques résolutifs pouvaient guérir le *prolapsus linguæ* : l'utilité du suc de poirée est demeurée ensevelie dans les volumineux catalogues de médicamens que le médecin de Pergame substituait si communément aux véritables indications médicales. Ce fait thérapeutique, s'il eût été assez connu, aurait donné la clef du véritable caractère de la maladie, aurait suffi pour la signaler comme symptomatique, aurait fait sentir le besoin de chercher dans la connaissance des conditions morbides essentielles les causes variées du déplacement de la langue, et aurait détourné les praticiens des mutilations inutiles que l'on a souvent pratiquées en pareil cas sur un organe important. On a souvent retran-

---

(1) Ce mémoire est l'extrait substantiel d'une dissertation inaugurale présentée à la Faculté de Paris en 1829.

ché, en effet, et souvent sans la moindre utilité, le quart, le tiers, la moitié, de plus grandes proportions encore de la langue, augmentée de volume et déplacée. En outre des dangers et des privations attachés à une opération semblable, il est aisé de comprendre qu'elle doit être faite en vain s'il n'en résulte pas la suppression de la cause. Or, des causes bien variées peuvent entraîner l'*œdème* de la langue; et telle est la condition, qui, augmentant outre mesure son volume, détermine son déplacement : qu'importe qu'une proportion plus ou moins grande de la langue soit emportée, si la cause de l'œdème subsiste ? Nous allons rapporter un fait bien propre à faire sentir combien il est essentiel de former d'abord un diagnostic exact.

Un confrère nous adressa de Marseille une jeune femme, nourice, et affligée depuis cinq ans d'un déplacement de la langue qui s'était accru insensiblement, au point que la pointe dépassait de beaucoup le niveau du menton. Le volume de l'organe était augmenté de manière à surpasser dix fois au moins ce qu'il est dans l'état naturel; il remplissait totalement la bouche et son ouverture. Sa face supérieure formait un plan incliné jusques au niveau de l'arcade dentaire inférieure et de la lèvre correspondante; au delà, elle était totalement verticale; les piliers antérieurs du voile du palais, attirés par la langue, en avaient reçu une direction oblique parallèle à l'axe de la partie postérieure de la langue elle-même. Les glandes amygdales étaient aussi déplacées et portées beaucoup plus en devant. L'isthme du gosier en était agrandi d'avant en arrière; les dents antérieures, inférieures, sur lesquelles la langue reposait, étaient légèrement déviées et divergentes; la lèvre inférieure, habituellement renversée,

était volumineuse et manifestement infiltrée par l'effet de son attitude constante. La bouche, habituellement ouverte et occupée par la langue déplacée, avait une ampleur insolite, provenant de l'allongement des lèvres; la salive coulait habituellement, et bien plus abondamment lorsque la malade prenait des alimens. Cette fonction était fort pénible : les dents latérales étaient recouvertes par les côtés de la langue, et toute mastication eût été rendue impossible par ce seul fait, lors même que la bouche aurait pu être fermée et les mâchoires rapprochées, ce qui était totalement empêché par l'interposition habituelle de la langue déplacée. La malade ne pouvait être nourrie que de bouillons, de soupes légères, de lait et de fécules: aussi son lait était-il peu abondant et son enfant fort mal nourri. L'articulation de la parole était d'une grande difficulté, et le langage de la malade presque inintelligible. L'enfant dépérit, et une entérite l'enleva deux mois après l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Éloi.

Le chagrin de cet événement agrava la situation de sa mère, mit ses jours en danger et ne permit guère de s'occuper assidûment du déplacement de sa langue. Cependant, dès le moment de son entrée à l'hôpital, nous avions fait pratiquer sur la portion pendante de l'organe déplacé, un bandage en doloires ascendans, au moyen d'un ruban de fil étroit et solide : cette compression, tant qu'elle pût être pratiquée avec soin, produisit une diminution très-notable de la langue. Nous regardions son accroissement comme le résultat d'un œdème, et nous pensions pouvoir nous promettre la possibilité de la replacer dans la bouche après en avoir ainsi réduit le volume. Son attitude oblique ou verticale devait maintenir l'engorgement : en la replaçant horizontalement et dans

la bouche, que l'on pouvait maintenir habituellement close par un appareil qui tiendrait les mâchoires rapprochées, on pouvait prévenir le retour de l'œdème et rétablir ainsi toutes les fonctions. Des faits nombreux, qui ont été analysés particulièrement dans la thèze du docteur Sauvaire, de Paris (Collection des thèses de la Faculté de Paris), démontrent, en effet, que la cause du déplacement de la langue est toujours un œdème, que l'on peut faire disparaître par des topiques résolutifs et souvent par la réduction de vive force. Une cause propre à la langue ou étrangère à ce même organe, doit avoir déterminé le premier degré d'intumescence et le déplacement qui s'en est suivi : mais l'œdème lui-même doit être combattu d'abord, et le replacement de la langue opéré immédiatement. Le rétablissement des fonctions et la restitution du volume naturel sont des préliminaires qui aident à chercher et à trouver la cause essentielle.

D'après ces principes fondés sur l'état de la science et que nous avons proclamés (1), le traitement fut donc entrepris par la compression; et quoique la chose, difficile en elle-même, fût peu secondée par la malade, que le chagrin et l'horreur de sa position absorbaient (2), nous n'en parvînmes pas moins, à plusieurs reprises, à réduire la langue au point de pouvoir la replacer aisément dans la bouche.

Nous avions confié ce soin, qui devait paraître fort simple, à l'un des chefs du service : il ne s'agissait que de

(1) Précis des maladies réputées chirurgicales.

(2) Elle faisait partie des malheureuses familles espagnoles que la politique a plongées dans la misère et l'exil.

rapprocher les mâchoires jusques au contact des dents, et de les y maintenir par une *mentonnière à bouche*. Que l'appareil de compression fût conservé en place ou supprimé, en opérant cette réduction, la pression exercée sur la langue par l'aire de la bouche, les dents, le palais, etc., et le changement total d'attitude de l'organe devaient suffire pour conserver la diminution du volume opérée par la compression. Nos prévisions ne s'accomplirent pas; et faute d'avoir fait la réduction nous-même, la vérité nous échappa : on verra bientôt qu'elle était assez difficile à connaître.

La situation morale de la malade, les sollicitudes que son enfant lui donnait alors, expliquèrent suffisamment à tous les yeux ce défaut de succès; mais une circonstance insolite vint nous en imposer au point de nous détourner même de toute recherche utile. La langue fut ramenée au dehors, et son volume primitif rétabli, non pas insensiblement et sans tumulte, comme il eût été naturel de s'y attendre, mais par une sorte de fluxion inflammatoire qui dura six semaines et qui réclama des soins asssidus. La malade assura que telle avait toujours été le marche de la maladie, non pas que l'on eût jusque là essayé de diminuer le volume de la langue par la compression, et de la réduire; mais spontanément, le volume diminuait quoique la langue ne cessât pas d'être pendante. Elle conservait un noyau central assez dur; tout à coup, ce noyau devenait douloureux, la totalité de la langue acquérait un volume énorme, il survenait de la fièvre; et la fluxion diminuait ensuite peu à peu, après avoir subsisté dans toute sa force pendant environ un mois. Ainsi se passaient les choses depuis neuf ans, et la malade en avait vingt-six : le déplacement de la

langue avait été peu de chose pendant long-temps; les deux dernières années l'avaient rendu énorme.

Il était difficile de considérer la fluxion périodique comme essentielle et d'y chercher la véritable cause de l'œdème qui avait déterminé le déplacement de la langue: les menstrues ne manquaient pas; aucune hémorrhagie n'avait existé et n'était passée en habitude; rien, en un mot, n'eût pu donner l'explication de cet effort fluxionnaire. Mais le noyau d'engorgement, que la portion pendante de la langue conservait, fixa notre attention et celle de tous les assistans, curieux comme nous de trouver le principe d'un état aussi singulier : ce point était dur; on ne pouvait y exercer une certaine pression sans causer de la douleur; cette sensation était assez vive dans tous les temps, mais elle était intolérable dans le temps de la fluxion. Enfin, ce point avait rendu la compression méthodique fort incommode, et avait souvent porté l'impatience de la malade au point de défaire l'appareil. Ces remarques pouvaient faire croire à une organisation morbide dans ce point de la langue : l'accroissement progressif du corps insolite devait distendre les parties normales environnantes; la structure de la langue, abondamment pourvue de nerfs et de vaisseaux, devait se prêter facilement à la formation d'un état fluxionnaire, fomenté habituellement par la distension mécanique des parties et par l'acte nutritif toujours croissant de l'organe morbide.

Cette étiologie paraissait d'autant plus rationnelle que la formation d'un corps nouveau, dans le point central de la langue, pouvait aider à concevoir un obstacle à la libre circulation des veines et l'œdème qui devait s'en suivre : circonstance essentielle à tout *prolapsus linguæ*,

et qui ne manquait pas dans celui-ci. Un traitement fondé sur cette base parut donc indiqué et fut institué. Des sangsues furent appliquées fréquemment; des bains locaux, émolliens, étaient employés deux fois par jour; la compression fut pratiquée avec plus de soin que jamais, aux approches de l'époque consacrée ordinairement au renouvellement de la fluxion, des bains de jambes, une saignée du pied, l'application de la glace à la langue et dans son pourtour, la privation des alimens, des purgatifs drastiques, etc., furent employés en vain: les règles furent dérangées, mais la fluxion ne manqua pas.

Désabusé de l'utilité qu'on avait cru pouvoir se promettre des moyens généraux, détourné de leur usage par les inconvéniens sensibles qu'ils avaient eu, nous nous bornâmes désormais à la compression; mais nous la fîmes pratiquer avec un soin tout particulier: si une production morbide formait réellement le noyau persistant de l'intumescence générale de la langue, il importait de dépouiller cette tumeur de tout ce qui lui était accessoire; l'engorgement qui l'entourait devait être ce qui donnait à ses limites le vague qu'elles avaient; en connaissant mieux ces dernières on pouvait se déterminer pour l'énucléation, ou tout autre parti décisif à son égard, et arriver ainsi à faire cesser la cause principale de l'œdème, celle des fluxions qui le ramenaient, et à la possibilité de replacer la langue dans la bouche. Ces soins nous conduisirent en effet à la connaissance de la vérité, et à une solution bien plus simple.

La langue avait été réduite à peu près à son volume naturel; elle pouvait être logée dans la bouche, même avec son appareil de compression, et cependant

la bouche ne pouvait pas se fermer. Nous vérifiâmes le fait, il se trouva exact; l'empêchement ne venait pas du volume formé par les doloires du ruban de fil employé pour le bandage; d'ailleurs celui-ci fut supprimé, la réduction fut complète, les bords de la langue ne débordaient pas sur les dents molaires; mais un obstacle invincible s'opposait au rapprochement des mâchoires, et arrêtait les dents incisives de l'une et de l'autre, à deux pouces et demi d'intervalle. En faisant faire des battemens répétés à la mâchoire inférieure, un choc sonore décela la véritable cause de cet étrange phénomène; les dents molaires inférieures, en s'échappant de l'os maxillaire, avaient pris une direction tellement oblique en dedans que leurs tubercules extérieurs venaient battre sous le milieu de la table des molaires supérieures; par-là toute la hauteur des tubercules extérieurs faisait l'office d'une cale qui tenait les mâchoires écartées. Ce phénomène était plus prononcé sans doute qu'il ne l'eût été si la langue ne se fût pas trouvée interposée et n'eût pas rendu toute mastication impossible : le frottement eût usé, sans doute, la partie saillante des dents, même dans la direction oblique où elles se présentaient; faute de tout contact, l'écartement était devenu extrême. Nous pensâmes alors que, quand bien même le diagnostic admis jusque-là ne serait pas totalement erroné, la réduction de la langue ne pouvant être permanente, puisque la bouche ne pouvait être fermée ni par la mâchoire ni par les lèvres, il fallait supprimer l'obstacle.

Abattre les tubercules saillans par l'usage de la lime était un procédé plein d'inconvéniens, et d'ailleurs évidemment inutile : il aurait fallu retrancher la moitié de la couronne dans la seconde petite molaire, et bien plus en-

core dans les suivantes. Nous prîmes donc le parti de faire arracher les deux dernières inférieures de chaque côté : cette opération ne permit pas de porter jusqu'au contact les incisives, encore moins de les faire croiser ; mais le rapprochement fut très-grand, et se trouva suffisant pour résister à la langue et la maintenir dans la bouche. La suppression de la seconde petite molaire de la mâchoire supérieure, en permettant une espèce de chevauchement de l'inférieure, laquelle aurait été logée dans la brêche, eût permis un rapprochement complet; mais cette nouvelle dégradation nous parut inutile, attendu que la mastication, qui était devenue possible, ne pouvait manquer de rendre le rapprochement plus exact, par l'usure qu'allaient subir les dents opposées. Le but essentiel étant rempli, la langue était réduite; et il était évident qu'en maintenant les mâchoires au degré de rapprochement qui leur était permis, tout déplacement ultérieur serait empêché.

L'appareil de compression fut supprimé; on tint les mâchoires rapprochées par une cravate nouée sur le sommet de la tête; on recommanda à la malade de se surveiller pendant la mastication; elle fut attentive à ne pas permettre le déplacement de la langue pendant cet acte; et il a suffi de ces soins pour faire disparaître tout engorgement de la langue; le noyau même, qui se maintenait toujours, est devenu insensible et presque entièrement fondu. Cette femme est encore sous nos yeux dans la ville; nous l'observons, et l'on peut remarquer que les tubercules encore saillans des dents conservées se laissent user; que les mâchoires se rapprochent davantage de jour en jour; que le volume de la langue devient plus naturel, aussi bien que l'articulation de la parole. Les dents incisives ne se touchent pas encore; il n'y aurait

même pas de contact entre elles si les mâchoires avaient acquis le plus grand degré possible de rapprochement, parce que le poids habituel de la langue, le glissement de derrière en avant, que l'augmentation progressive de son volume et de son poids lui donnait, appliquaient aux dents incisives et canines inférieures une impulsion constante qui tendait à les déjeter en avant et qui a obtenu, en effet, une partie de son résultat; mais cette cause de déplacement ayant cessé, la pression des lèvres ramenera les dents dans leur situation naturelle et les rendra à toute leur utilité.

Il ne peut y avoir le moindre doute sur la nature des obstacles qui s'opposaient à la réduction de la langue, au moment où nous avons pu nous en occuper. Mais comment la chose a-t-elle commencé? Il est difficile de donner une réponse dont l'exactitude puisse être garantie. On conçoit qu'un peu plus d'écartement entre les angles de l'os maxillaire inférieur puisse donner un peu d'inclinaison à l'axe des dents correspondantes; mais la tête de la malade n'offre pas ce caractère : au contraire, l'ovale antérieur est prolongé et le menton avancé. Ce dernier est large, il est vrai; mais cette disposition est tellement conforme à celle des dents correspondantes, lesquelles ont été manifestement disposées, par l'interposition de la langue, suivant la ligne transversale que sa face inférieure formait, qu'il est indubitable que cette même cause a exercé un effort transversal sur cette partie de l'os et a produit la largeur du menton, totalement étrangère aux autres traits de la face. On concevra aussi que la même cause aura exercé une traction au moins sur le bord alvéolaire, duquel il a pu résulter tout à la fois le renversement extérieur de sa partie antérieure ou in-

cisive, et une inclinaison en dedans de la région molaire. Ainsi, les germe des dents, par une cause quelconque, ont pu être dirigés en dedans; le déplacement de la langue a pu commencer par le seul fait de l'interposition des tubercules extérieurs des trois grosses molaires, et l'abaissement progressif de l'os maxillaire et de la formation du plan incliné qu'il représentait; une fois hors de la bouche, la langue a dû tirailler ses propres vaisseaux, gêner particulièrement la circulation de ses veines ranines, par la pression qu'elle exerçait sur les dents incisives; de là son œdème et sa projection progressive; enfin, le dernier résultat de son déplacement a pu être d'en augmenter les causes premières, en accroissant l'inclinaison des dents postérieures et s'opposant à l'usure des surfaces dentaires qui aurait pu racheter le vice de direction.

Quoi qu'il en soit de l'enchaînement historique de ces circonstances, le fait que nous publions démontre, au moins, que l'inclinaison interne d'une ou plusieurs dents molaires peut faire l'office d'un coin entre les mâchoires et les gêner dans leur rapprochement, au point d'empêcher le contact de tout le reste de la denture et d'amener le déplacement de la langue; qu'il est important de surveiller une pareille disposition dès le principe; que le soin de tenir la bouche fermée pendant le sommeil, ou du moins les mâchoires rapprochées au degré encore possible, peut être alors d'une grande importance, pour empêcher la première interposition de la langue; que ce soin peut être bien simple puisqu'il peut suffire d'y employer une cravate nouée sur le sommet de la tête, et au besoin une mentonnière de cuir à boucle, arrêtée sur un bonnet; qu'il peut être tout aussi important de limer

le sommet d'un tubercule externe, dans une ou plusieurs dents molaires inférieures, afin de commencer et d'avancer l'usure et l'entablement qu'elle formera dans les dents postérieures par la mastication; qu'il pourrait être utile, chez des enfans, de fait exercer à dessein la mastication dans cette même intention, et d'y employer des confiseries préparées pour cet effet; enfin, que dans les cas de *prolapsus linguæ*, il ne faut pas se décider légèrement à recourir à des opérations qui peuvent être au moins inutiles. Nous ferons remarquer, à ce dernier propos, qu'il est extrêmement rare et presque inouï que la formation d'une tumeur de la langue entraîne cet organe au dehors de la bouche; il est bien plus ordinaire que les progrès de la maladie fixent, cimentent pour ainsi dire la langue dans sa position.

Voilà donc, pour l'espèce humaine, l'analogue, pour certains effets seulement, de la maladie des rongeurs qui, déviant les dents incisives au point qu'elles ne peuvent plus être opposées, ne pouvant plus éprouver ainsi l'usure auquel leur usage naturel les dévoue, fait de leur accroissement continu un obstacle au rapprochement des mâchoires et à la nutrition. La mort de faim est la conséquence inévitable d'un accident aussi simple pour ces animaux, qui n'ont pas les ressources que la civilisation nous fournit.

ANENCÉPHALIE, *suite d'une hydrocéphalie, avec rupture au sommet du crâne, observée sur un embryon de sept semaines. — Etat pathologique de la membrane caduque réfléchie;*

Par le professeur DUBRUEIL.

Le 20 avril de cette année, le docteur Bertrand eut

l'obligeance de me remettre un œuf humain qui venait d'être expulsé par une jeune femme multipare, d'une forte constitution, et dont l'avortement avait été provoqué par des travaux pénibles. Les enveloppes de l'œuf étaient rupturées vers l'un de ses pôles. Je le plaçai dans l'eau pour le disséquer et l'étudier avec soin. Ses membranes m'ayant offert quelques caractères pathologiques, je ferai précéder la description de l'embryon de celle de ses annexes; et, après avoir exposé les faits, je dirai les réflexions qu'ils m'ont suggérées.

La plus extérieure des enveloppes, épichorion, caduque, réfléchie, décidue (Hunter), n'avait plus cet aspect tomenteux, celluleux et à mailles apparentes qui lui est propre. Elle ne présentait plus sa structure normale; mais sur toute l'étendue de sa surface externe, celle en rapport avec la caduque utérine, on voyait de nombreuses vésicules, ovoïdes, transparentes, la plupart du volume d'un grain de mil, appendues à un pédicule cellulaire, implanté sur l'épichorion. Chaque vésicule avait un pédicule particulier, n'aboutissant point à une sorte de tige commune, ainsi qu'on l'observe dans certaines môles vésiculaires ou hydatides dites en grappe. Une membrane unique, d'apparence celluleuse, constituait les vésicules; et, quoique mince, elle jouissait d'une certaine résistance. Le fluide contenu était limpide. Examinées à la loupe et au microscope, ces vésicules n'avaient rien qui pût les assimiler aux hydatides, rien qui permît d'y supposer la vie. La caduque offrait plus d'une ligne et demie d'épaisseur. Ordinairement molle, élastique, comme les pseudo-membranes de formation récente, elle était ici résistante. Ce qui a dû frapper mon attention, c'est que la face interne de la caduque

adhérait à l'externe du chorion, tandis que ces membranes, et surtout jusqu'au troisième mois de la gestation, ne sont que contiguës et que même un fluide les sépare. Après une dissection longue et pénible, je parvins cependant à isoler la caduque du chorion, et à distinguer les débris d'une fausse membrane, d'une extrême ténuité, se déchirant à la moindre traction, et placée entre les deux premières enveloppes de l'œuf. Cette préparation ne permettait pas de commettre la méprise de quelques anatomistes qui ont décrit la caduque réfléchie et le chorion comme une seule et même membrane. Elles étaient ici réunies par un produit nouveau; mais cette disposition était pathologique.

L'adhérence accidentelle de la surface externe du chorion ne laissait plus apercevoir que de faibles vestiges de ces filamens qui la recouvrent à l'état normal et la font paraître comme rugueuse et chagrinée. Un fluide, d'une certaine consistance, existait entre le chorion et l'amnios. Partout le chorion, naturellement mince, avait perdu sa transparence en acquérant de l'épaisseur, quoiqu'il ne fût formé que d'une lame. Quant à l'amnios, il n'a rien offert qui méritât de fixer l'attention. Je n'ai pu apprécier la quantité d'eau renfermée dans sa cavité, les membranes ayant été rupturées. Du volume d'un gros pois, placée entre le chorion et l'amnios, la vésicule ombilicale était plus rapprochée de la première de ces enveloppes que de l'autre. J'ai vainement cherché la trace des vaisseaux omphalo-mésentériques. Aucun conduit ne la fixait à l'embryon dont elle était en quelque sorte indépendante. L'absence de tout moyen de communication vasculaire avec lui était-elle l'effet d'une rupture ou d'une oblitération accidentelle? La vésicule était à moitié

remplie d'une substance émulsive d'un blanc jaunâtre. Au voisinage de la vésicule et entre ces mêmes membranes où on la trouve, était une sorte de poche d'un volume triple de celui de la vésicule ombilicale, divisée à l'intérieur en trois cavités, communiquant ensemble et distendues par un liquide gélatineux. A l'extérieur de la poche on distinguait deux filamens albuginés se portant au chorion. Si, par sa position entre le chorion et l'amnios, elle avait quelque analogie avec l'allantoïde, il n'en était point ainsi quant à la forme qui était ici triangulaire; on ne pouvait découvrir de relation entre la vessie ou l'abdomen et cette poche membraneuse que nous considérons comme anormale. L'embryon, placé à la partie moyenne de l'œuf, était en rapport avec la face intérieure du chorion par un repli membraneux, court, aplati, dans l'épaisseur duquel il n'y avait ni vaisseaux, ni canal; on ne distinguait qu'un tissu homogène analogue au chorion et recouvert par un duplicature de l'amnios. La tête était fléchie à angle droit sur la poitrine. J'ai mesuré l'embryon, courbé sur son plan antérieur : je craignais en l'étendant de produire quelque déchirure. L'intervalle qui sépare la partie supérieure du crâne du coccix offrait en longueur quatorze lignes. La tête était remarquable par sa forme pyramidale et allongée. La voûte était tout en longueur; le diamètre transversal n'avait presque pas d'étendue. Vers le centre du sommet du crâne on remarquait une rupture à bords écartés. Au dessous de la solution de continuité, la peau, correspondant aux régions frontale et pariétale, était repliée sur elle-même, froncée et de couleur noire. Elle offrait, malgré la hauteur du crâne, une sorte d'affaissement, de retrait, comme les tégumens qui ayant éprouvé une

grande distension, reviennent ensuite sur eux mêmes. Surpris de cette étendue de la peau et du défaut de proportion entre la hauteur et la largeur du crâne, je dus penser que la déchirure était le résultat d'une hydropisie. En effet, la cavité crânienne était complètement vide, et ne contenait aucun vestige du fluide qui, à cette époque de la vie de l'embryon, tient lieu de cerveau. J'étendis la peau du crâne; et, par son extension, j'eus la certitude qu'elle pouvait recouvrir une tête au moins deux fois plus volumineuse que ne l'est ordinairement celle d'un embryon de cet âge. Les méninges avaient aussi subi une dilatation proportionnée à celle des tégumens, et l'endroit de leur rupture correspondait à celle de la peau : la cavité destinée à contenir la moelle épinière était située au dessous des tégumens communs. Il n'existait aucune apparence de muscles dorsaux, ni d'arcs des vertèbres. Enfin la cavité rachidienne était tout-à-fait privée du fluide qui précède ou doit former la moelle. A l'aide d'un grossissement considérable, je crois avoir dis tingué, de l'intérieur des méninges rachidiennes, les extrémités des nerfs qui vont se rendre à la moelle. Du reste, l'embryon était bien conformé; mais le torse était proportionnellement plus développé que les membres. Il n'y avait absence du derme dans aucun endroit. La poitrine était occupée en presque totalité par le cœur, dont les quatre cavités étaient distinctes, aussi bien que les vaisseaux afférens et efférens de cet organe.

L'intestin était rentré dans l'abdomen, dont les parois étaient entièrement fermées (1).

---

(1) Ceux qui se sont livrés à des études d'embryogénié, apprécient la difficulté, j'ai presque dit l'impossibilité de fixer d'une manière

Joignons à ces détails, qui pourront paraître minutieux, quelques conséquens qui s'en déduiront naturellement. Une *hydrocéphalie* se manifeste peu de temps après la conception, à une époque où les parois du crâne ne sont que membraneuses. Cédant à l'accumulation et à la distention du liquide albumineux qui tient lieu alors de la substance cérébrale, elles se rupturent. L'écoulement du liquide amène l'*anencéphalie*, expression que l'on rend assez vague, en l'employant pour désigner tantôt l'absence complète de l'encéphale, tantôt d'une de ses parties seulement. Que si l'analogie n'est point un guide trompeur, j'avancerai que les anencéphalies reconnaissent quelquefois pour cause l'hydrocéphalie interne. A peine les premiers traits de l'organisation de l'homme sont-ils ébauchés que l'embryon est passible de maladies. Parmi celles qui atteignent l'embryon ou le fœtus, l'hydropisie, et en particulier celle du cerveau, n'est-elle point une des plus fréquentes? Cette prédisposition aux épanchemens séreux se conçoit surtout à l'époque où les solides existent à peine, et où les liquides ont sur eux une prédominance si marquée.

Ce n'est pas toujours dans les circonstances qui gênent le passage du sang de la mère à l'enfant qu'il faut chercher la cause de l'hydrocéphalie, mais dans la quantité de sang que reçoit le cerveau et dans l'activité de sa nu-

---

absolue l'âge de l'embryon et quelquefois même du fœtus abortif. Ainsi sur le sujet qui nous occupe, les membres supérieurs et inférieurs n'apparaissaient que comme des bourgeons. Les oreilles, les narines et les autres parties de la face étaient très-distinctes. Les yeux paraissaient comme deux points noirs recouverts par des paupières rudimentaires. La bouche était représentée par une fente béante, et la lèvre supérieure n'était plus formée que de deux segmens.

trition. Tout développement organique, dit l'auteur de la philosophie anatomique, exige une intensité progressive d'actions, et se compose d'une succession non interrompue d'événemens et de résultats. Si l'intensité d'action n'est pas également progressive, si le principal vaisseau nourricier a son calibre plus étroit, vous aurez de premiers résultats que d'autres ne suivent pas. La nutrition deviendra incomplète, et l'axe cérébro-spinal ne pourra éprouver la métamorphose qui doit le conduire à l'état d'organisation complète. Plus l'état liquide, qui est pour lui comme une sorte de primogéniture, se prolongera, plus il sera éloigné de ce que nous regardons comme sa structure normale, plus l'imminence morbide qui conduit à l'hydropisie sera instante. Le fluide préexistant à l'encéphale, dit l'auteur que nous venons de citer, doit être considéré comme une sorte de gangue, attendant de subséquentes élaborations pour acquérir de nouvelles qualités, dont les plus manifestes pour nos sens consistent à cesser d'être diffluent, à se coaguler.

L'observation que nous venons de raporter nous donne aujourd'hui une entière croyance relativement à l'admission d'une des causes de l'anencéphalie, sujet qui nous jeta plus d'une fois dans une importune préoccupation. Voici la question à résoudre :

L'hydropisie cérébrale, qui peut pendant la vie intra-utérine s'opposer à la formation, ou même amener la destruction du cerveau, n'est-elle que la permanence d'un état qui devait être transitoire, un arrêt de développement ? ou bien est-il nécessaire de recourir à une théorie pathogénique pour donner une explication satisfaisante de l'hydrocéphalie congéniale ? Ces deux opinions sont adoptées et soutenues par des témoins habiles. Notre il-

lustre maître, M. Geoffroy Saint-Hilaire, a fait de l'arrêt d'évolution des organes une loi dominatrice en anormogénie, loi séduisante par ses nombreuses applications. Cependant est-ce toujours le même principe qu'il convient d'invoquer, comme présidant à la théorie de la déformation des êtres? Gall nie que les anencéphales aient jamais eu de cerveau, et affirme que l'on ne rencontre point de trace de déchirure; mais j'avais sous les yeux un témoignage évident du contraire. Je n'ai qu'une objection à faire aux fauteurs de l'arrêt de développement dans les cas d'hydropisie congéniale.

Cette maladie peut coïncider avec l'intégrité parfaite de toutes les parties constituantes du cerveau, et même de la paroi osseuse. Je renvoie à un mémoire de mon collègue le professeur Dugès, mémoire inséré dans les éphémérides médicales de Montpellier, et où l'auteur, appuyé sur un grand nombre de faits, me semble avoir démontré d'une manière péremptoire que beaucoup de monstruosités cérébrales sont le résultat d'un travail morbide. Si la quantité de liquide accumulée dans le crâne ne peut vaincre la résistance de ses enveloppes alors membraneuses, l'enfant naît hydrocéphale, et l'ossification de la tête peut même avoir lieu plus tard, bien que d'une manière incomplète. Dans le cas contraire, il y a déchirure des parois crâniennes, écoulement du liquide cérébral, et par suite anencéphalie. L'hydropisie ne survient-elle qu'à une époque déjà avancée de la vie intra-utérine et par suite d'une phlegmasie de l'arachnoïde (ce qui est fréquent), le cerveau, qui jouit à cette époque d'une demi-organisation, est comprimé, ramolli, mais non détruit; ses molécules ne sont point dissoutes, comme on l'a prétendu. C'est aussi par l'hydropisie que Béclard explique

l'acéphalie. Enfin les principes tirés de la physiologie et de la pathologie s'appliquent également, et suivant les circonstances, à l'étude de l'embryogénie anormale. En preuve que la même anomalie peut dépendre de causes très-différentes, tantôt d'une maladie, tantôt d'un arrêt de développement, je citerai l'*exomphale*. N'est-elle pas quelquefois le résultat d'un vice de conformation congénial? Si les intestins, qui chez l'embryon sont renfermés dans le cordon ombilical, jusqu'à deux mois environ, ne rentrent point en totalité dans la cavité de l'abdomen, si l'ombilic reste ouvert, voilà une hernie congéniale par défaut de développement. Supposez que la cicatrice ombilicale, bien fermée, vienne à être déchirée par quelque violence, il se formera une hernie, et, quoique la cause soit différente, le résultat n'en sera pas moins le même.

L'acéphalie a-t-elle déterminé la mort de l'embryon? Si nous nous étayons de l'analogie, notre réponse sera presque négative. Souvent des fœtus anencéphales et privés de la totalité de l'axe cérébro-spinal sont venus à terme, ont vécu quelques heures, et même quelques jours (1) : il est rare que leur existence végétative se prolonge après la parturition. L'anencéphale n'a point en lui ce qu'il faut pour vivre isolé de sa mère, pour que la vie de relation ait lieu. Le plus ordinairement il est privé de conditions indispensables pour que la respiration s'accomplisse. Chez le fœtus, le système nerveux ganglionnaire suffit pour la nutrition et le développe-

(1) Je crois que dans ce dernier cas l'anencéphalie n'était point complète et que le point d'origine du nerf pneumo-gastrique était conservé.

ment des organes. Qu'est-il besoin, à cette époque, des rapports qu'il doit avoir plus tard avec les appareils sensoriaux? Mais, après que le fœtus est séparé de sa mère, il est une sorte d'harmonie établie entre les divers systèmes nerveux, et que l'anatomie démontre par la connexion du grand sympathique avec le système cérébro-spinal. L'on sait d'ailleurs que l'indépendance des masses cérébrales est généralement en raison de leur peu de volume et de développement pour les êtres élevés dans l'échelle animale, comme aussi de leur simplicité dans les animaux inférieurs; c'est ce que démontrent les vivisections, et surtout les observations pathologiques.

En admettant que l'anencéphalie n'a point ici entraîné la mort de l'embryon (ce qui n'est qu'une opinion à laquelle nous n'attachons pas plus d'importance qu'elle ne mérite), cherchons si nous ne trouverions pas dans les enveloppes fœtales des causes de destruction. C'est quelquefois dans l'état morbide des membranes ou des annexes de l'œuf, comme dans l'embryon ou le fœtus eux-mêmes, que l'on trouve les causes de mort. Nous n'avons reconnu aucune communication vasculaire entre les membranes et le produit de la conception; il n'y avait entre eux de rapport que par un repli membraneux. L'on se rappelle le mode d'altération que nous a présenté la surface externe de la caduque réfléchie, converte d'une multitude de vésicules ou kystes séreux pédiculés, privés des caractères appartenant aux animalcules que l'on cite comme le type de l'organisation la plus simple. On eût dit pour l'aspect une môle, un part hydatique : c'était sur un petit modèle la représentation exacte de cet état morbide.

Dans la grossesse hydatique, ou la môle vésiculaire,

c'est ou le placenta ou le chorion qui sont affectés. Je ne sache pas qu'on ait signalé la caduque réfléchie comme pouvant être le siége de la maladie; cependant cette membrane adventive peut se nourrir, se développer dans l'utérus, l'embryon ayant cessé de vivre. N'existe-t-il point dans l'espèce humaine des œufs inféconds? A une époque voisine de la conception, l'embryon frappé de mort peut s'échapper à travers une rupture accidentelle des membranes, qui se réunit ensuite et permet à l'œuf de vivre encore un temps plus ou moins long. Je ne puis oublier que, dans une leçon, démontrant les enveloppes de l'œuf sur un produit de deux mois bien conservé, j'indiquai la position de l'embryon et son rapport avec les membranes; mais ma surprise fut grande, quand, en les ouvrant, je ne trouvai que de la sérosité dans la cavité de l'amnios. Par suite d'une sorte de prédisposition à la diathèse séreuse, qui est le résultat d'une perversion dans l'acte nutritif, et dont il nous est donné d'apprécier les effets sans remonter à la cause, la caduque est métamorphosée en une réunion de vésicules qui ne communiquent pas entre elles. La masse vésiculaire est ordinairement expulsée de la matrice du troisième au sixième mois. Ainsi donc les kystes séreux se manifesteront sur la caduque, comme sur le chorion ou les autres dépendances du fœtus (1).

(1) Les villosités qui surmontent la face externe du chorion, susceptibles d'acquérir un développement insolite, ont conduit quelques auteurs, entre autres madame Boivin et M. Velpeau, à penser que les hydatides de l'utérus, dites en grappes, en raison de leur disposition, ne sont pas, suivant l'opinion généralement accréditée, des vers vésiculaires, mais le produit et peut-être la cause d'un œuf abortif.

Je ne puis, en terminant, passer sous silence une circonstance relative à la membrane caduque; je veux parler de son adhérence avec le chorion, adhérence qui, comme nous l'avons dit, n'était point partielle, mais étendue à toute la surface de l'enveloppe.

La divergence d'opinions, quant à l'organisation des membranes de l'œuf, me fait insister sur ce cas d'adhérence. Ici, comme en beaucoup d'autres circonstances, l'anatomie pathologique vient éclairer l'anatomie hygide sur les caractères de structure de nos parties. L'union accidentelle et médiate de la membrane adventive avec celle qui est subjacente, n'est-elle pas le résultat évident d'un travail inflammatoire? La maladie est une conséquence de la vie, et cependant des anatomistes d'une grande habileté ont dépossédé la caduque de la vitalité; ils la considèrent comme inorganique, procréée et déposée au sein des parties vivantes. Une semblable opinion n'a même point l'analogie en sa faveur. La nature, qui travaille toujours sur le même plan, nous donne, dans le mode de formation et d'organisation des pseudo-membranes, une théorie applicable à la génération et au développement de la caduque.

Dans l'observation que nous rapportons, l'adhérence des deux membranes est toute décisive, et répond à l'assertion émise par M. Velpeau (*Traité élémentaire de l'art des accouchemens*). Si la caduque, dit-il, était réellement organisée, conçoit-on qu'elle ne contractât aucune adhérence, ne se confondît pas d'une manière intime avec les surfaces interne de la matrice et externe du chorion?

Observation *et réflexions sur une opération de sarcocèle;* par M. **Eugène Bermond**, chef de clinique chirurgicale.

Le 15 août 1831, est entré à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, Allec (Athanase), âgé de quarante-deux ans, portefaix, né à Arles (Bouches-du-Rhône).

Il eut, il y a trois ans, le testicule gauche violemment froissé, en tombant les deux jambes écartées sur une pièce de bois. L'organe contus devint aussitôt le siége d'un gonflement douloureux qui fut combattu par une seule application de sangsues, suivie de l'emploi de cataplasmes émolliens. La douleur s'amenda, l'intumescence diminua aussi beaucoup, sans pourtant s'effacer complètement. Il resta un engorgement qui prit de plus en plus de la dureté, et s'accompagna d'un sentiment de pesanteur dont l'incommodité obligea le malade de faire continuellement usage de suspensoir. Allec reprit bientôt ses travaux : il éprouvait de temps en temps des élancemens obscurs dans la tumeur, qui s'accroissait elle-même d'une manière insensible. Il y a cinq mois que des tiraillemens se firent sentir dans les lombes et le long du cordon des vaisseaux spermatiques. L'intensité des douleurs augmenta progressivement : la tumeur acquit un volume considérable. Au mois de juin 1831, le malade fut forcé de suspendre ses travaux : il consulta un chirurgien. Celui-ci pratiqua avec le bistouri une incision de trois pouces sur la tumeur pour en reconnaître la nature, et constata aisément l'existence d'une masse cancéreuse. Pendant les trente-cinq jours qui suivirent, des bains de siége furent administrés, et en même temps des applica-

tions de sangsues furent faites tous les deux jours. Aucune modification avantageuse n'en résulta : les tiraillemens dans les lombes augmentèrent même de violence. Le malade avait beaucoup perdu d'un embonpoint primitif très-florissant, passait les nuits sans sommeil, et voyait sans cesse différer par le chirurgien une opération devenue inévitable, lorsqu'il se décida à venir demander des soins à l'hôpital de Montpellier, où il entra dans l'état suivant :

Sa santé n'a pas été gravement altérée par l'affection qu'il porte; sa constitution est robuste; il a des forces, de l'appétit; il est plein de confiance. — Le volume de sarcocèle qui a envahi le testicule gauche égale à peu près celui de deux poings superposés; sa pesanteur est considérable; sa forme ellipsoïde, sa direction verticale, quand le malade est debout. Supérieurement, elle se prolonge jusque par delà l'anneau inguinal, et dans toute la longueur du canal de ce nom. La peau qui le recouvre est fortement distendue, parsemée de vaisseaux veineux hypertrophiés, traduisant à l'extérieur de larges bosselures, exempte enfin d'altérations.

17 août. Le malade a un peu de diarrhée (Deux soupes.)

18. Une ponction exploratrice est faite avec le trois-quarts : il ne sort par la canule que quelques flocons de matière cérébroïde déliquescente. Une selle liquide est rendue dans la journée.

19. Le malade demande avec instance l'opération; elle est pratiquée de la manière suivante, par M. le professeur Delpech. Une incision longitudinale, comprenant la peau et les couches superficielles de la poche testiculaire, est faite avec un bistouri convexe. Elle s'étend depuis la partie supérieure jusqu'à la partie in-

férieure de celle-ci. Une des artères honteuses externes est divisée dans ce premier temps ; une ligature est immédiatement jetée sur elle, et puis arrachée : une courte constriction a suffi pour arrêter le sang. Les bords de la division sont écartés avec les doigts seulement, et abandonnent sans effort la masse cancéreuse qui est énuclée par ceux-ci dans toute sa circonférence. Le cordon séminal ayant subi l'altération du testicule, l'incision est prolongée supérieuremeht et comprend toute la longueur du canal inguinal. La présence du péritoine, qu'on peut toucher avec le doigt, et qui tapisse le fond de l'ouverture supérieure du canal précité, défend d'aller plus loin. Quelques petites artérioles qui ont été rencontrées par le bistouri sont liées par un nœud de fil qui est tout de suite après arraché. Ensuite M. le professeur Delpech divise le prolongement du *fascia superficialis* et le muscle crémaster. Le canal déférent est isolé, et, tenu constamment sur le doigt indicateur de la main gauche il sert de guide pendant le reste de l'opération. Le bistouri est glissé entre lui et l'artère spermatique, et coupe cette dernière au niveau de l'orifice postérieur du canal inguinal, où elle est étreinte par une ligature. Enfin l'instrument tranche d'un seul coup le conduit déférent : la tumeur est abattue. Le lambeau de la section scrotale, qui avoisine la cloison du dartos, a été altéré à sa face interne par le voisinage de la tumeur ; il est dépouillé des productions cancéreuses qui le doublent par quelques coups de bistouri, dont l'un divise l'artère de la cloison en enlevant un point compromis des deux lames adossées du dartos. Ce vaisseau est lié par un nœud de fil qui est arraché un instant après. On procède au pansement : des points de suture tiennent les bords de la plaie rappro-

chés dans toute leur longueur. De l'angle supérieur de celle-ci émergent les bouts de la ligature de la spermatique. Les points de suture qui l'avoisinent sont plus rapprochés à cause de l'importance qu'il y a de préserver de toute chance d'inflammation le péritoine qui en est si peu distant.

La masse de la tumeur, enveloppée d'un kyste avec des vaisseaux propres, est un encéphaloïde. Borné à l'extérieur par une couche fibreuse, grisâtre, et de deux lignes d'épaisseur dans quelques points de la circonférence, son tissu intérieur est mollasse, d'une teinte jaune uniforme, se déchirant avec facilité, et livré à une gangrène avancée.

Le 20. Le malade a dormi quelques heures pendant la nuit. Il ressent des douleurs vives au rein gauche; il est altéré; sa langue est sèche à la pointe; son pouls est relevé. Il accuse de la douleur au flanc gauche : elle augmente par la pression (Vingt sangsues *loco dolenti*).

Le 21. La douleur s'est propagée dans tout l'abdomen : elle est intense. Les muscles abdominaux sont contractés. Le malade a des nausées, il est agité (Soixante sangsues sur l'abdomen; bain auprès du lit; fomentations sur le ventre, deux lavemens; infusion de graines de lin pour boisson).

Le 22. Les douleurs abdominales, la sécheresse de la langue et la fréquence du pouls persistent. La température de la peau est élevée; selles fréquentes et liquides. Les bords de la plaie sont exactement réunis dans les deux tiers supérieurs où ils n'ont pas fourni une goutte de pus; dans le tiers inférieur, quelques points de suture se sont relâchés, et les points correspondans de la solution de continuité ont été livrés à la suppuration (Quatre-vingts sangsues sur l'abdomen).

Le 23. Les douleurs du ventre ont disparu : il est souple. Teinte jaunâtre du cou, de la face et des conjonctives; sécheresse de la ligne médiane de la langue; pouls petit et concentré; température de la peau abaissée; altération des traits de la face (Trois pots d'eau de riz gommée; cataplasmes et fomentations; trois demi-lavemens sédatifs). La diarrhée a cessé depuis hier soir.

Le 24. Prostration des forces; pouls très-petit; soif intense; assoupissement continuel. Le malade meurt le même jour à midi.

Le 25. Autopsie à dix heures du matin.

Abdomen. Des sacs pyogéniques gisaient isolés et nombreux dans différens points des lignes de juxta-position des circonvolutions intestinales faiblement accolées les unes aux autres, ainsi que dans tous les replis du péritoine. Ces sacs, de figure et de grandeur variables, affectaient des dispositions fort diverses. Les uns rampaient sous forme de cordons dans un espace inter-intestinal assez prolongé; les autres représentaient des plaques larges : partout leur forme était celle de l'espace qui les contenait; tous offraient une cavité intérieure, bien circonscrite, lanugineuse, remplie de pus. Ces sacs pyogéniques augmentaient de nombre et de dimensions à mesure qu'on se rapprochait davantage de l'ouverture supérieure du canal inguinal gauche. Au niveau de cette dernière on apercevait à nu les fils de ligature de l'artère spermatique, plongeant dans la cavité abdominale à travers une usure du péritoine d'un pouce d'étendue en surface.

La surface exhalante de quelques anses intestinales offrait aux points correspondans à leur plus grande sail-

lie, des lignes rougeâtres marchant parallèlement à la direction de ces mêmes anses.

La membrane muqueuse de l'iléum était injectée. L'injection allait en croissant jusqu'à la valvule iléo-cœcale où cette tunique avait pris une teinte violacée et présentait quelques ulcérations. Au delà de la valvule de Bauhin, il n'y avait rien de remarquable.

Une masse cancéreuse, faisant suite à celle du cordon, de forme cylindroïde, remontait dans l'abdomen. Longeant le côté gauche de la colonne vertébrale, traversée dans son centre par l'uretère gauche dont elle se séparait à un pouce de distance du rein correspondant, pour faire une courte jetée sur le côté droit du rachis, elle continuait sa route jusqu'à l'ouverture œsophagienne du diaphragme. Là succédait un chapelet de ganglions lymphatiques, participant à l'affection cancéreuse, et accompagnant l'œsophage jusqu'au niveau de l'origine des bronches où quelques-uns étaient mélaniques.

Poitrine. Les organes sont sains.

Réflexions. L'histoire de ce fait intéresse la science du diagnostic et les théorèmes de la thérapeutique. Elle offre aussi un texte d'une utilité importante pour ce qui touche la pathogénie; mais nous nous contenterons d'avoir énuméré ici avec exactitude les détails instructifs qui se sont montrés : ils seront bientôt employés dans un travail dont les matériaux sont recueillis publiquement en ce moment.

Une masse cancéreuse se présente, née dans la substance du testicule, ou tout autour de cette même substance, peu importe : l'important était de définir la maladie, d'en constater le caractère. Or, il ne fut pas

difficile de la reconnaître malgré la rigueur d'examen avec laquelle on procède dans cette école.

Une chute avait eu lieu : le testicule avait été froissé; l'inflammation était résultée de cet accident, et cette suite immédiate ayant obtenu des soins convenables, ses symptômes se dissipent.

Le malade reprend la série ordinaire de ses travaux : ils sont pénibles, ils sont propres à rallumer l'inflammation si elle ne s'est pas éteinte entièrement. Mais au lieu de cette conséquence si naturelle, une intumescence énorme s'accomplit en quelques mois. Sous cette augmentation énorme de son volume, le testicule est-il devenu très-douloureux? S'il s'agit d'une inflammation, elle doit être terrible : il est impossible que le corps d'un organe aussi délicat, ayant de si importantes relations, ait acquis un volume aussi démesuré, ait vaincu à ce point la résistance de ses enveloppes, surtout de la fibreuse, sans entretenir les plus atroces douleurs. Le malade a souffert en effet, mais il y a une disproportion manifeste, choquante, entre les symptômes et leur cause envisagée sous cet aspect. On peut donc admettre que l'organisation des parties est changée; que ce n'est plus le testicule qui forme la masse. Un corps nouveau, une organisation morbide en a donc pris la place; et comme il est évident que ce produit nouveau a acquis un grand accroissement, il n'est pas fort étrange que d'aussi grands frais de nutrition aient entraîné l'annulation du travail nutritif dans le testicule, et par conséquent l'absorption de cet organe.

La masse est pesante : elle a donc une grande densité, supérieure sans doute à celle de l'eau; car cette dernière, même lorsqu'elle est accumulée en grande quantité dans

la tunique vaginale, ne surmonte pas la force contractile du muscle crémaster et du dartos : les tumeurs formées par de telles collections tombent toujours obliquement en devant; la tumeur dont il s'agit tombe au contraire perpendiculairement.

La périphérie de la tumeur présente des bosselures; mais elles sont grandes, hémisphériques et élastiques : caractères qui ne peuvent s'appliquer qu'au lipôme ou au cérébroïde. Or le lipôme n'est pas aussi dense, sa rénitence est molle, les éminences hémisphériques de sa surface sont mobiles; la peau qui le recouvre n'est jamais injectée, et est toujours parfaitement saine à moins qu'elle n'ait été attaquée. Il faut donc conclure qu'il s'agit ici d'un cérébroïde, espèce redoutable parce qu'il est rare qu'elle soit solitaire.

Un problème important à résoudre est donc de savoir si la maladie réside toute dans le point où on la voit. Mais le malade jouit d'une bonne santé qui est en harmonie avec la force de sa constitution. Les seuls dérangemens que ses fonctions digestives aient jamais éprouvés eurent lieu à la Clinique même pendant les quelques jours qu'il y attendit l'opération; mais des diarrhées régnaient en ce moment; on pouvait les considérer comme la suite de l'influence commune de la saison. Quelques douleurs s'étaient fait sentir à la région lombaire gauche, mais sans la moindre altération de la sécrétion des urines, et une tumeur volumineuse au testicule correspondant suffisait bien pour expliquer cette sensation. Il arrive si constamment que les cérébroïdes, cachés ou apparens, altèrent la teinte de la peau et la rendent jaune-paille, que, le teint naturel étant conservé dans le malade malgré l'influence de la tumeur connue, il était peu probable qu'il en existât d'autres.

La respiration, la circulation, les fonctions du cerveau et des sens étaient dans la plus parfaite intégrité.

On a vu cependant, et malgré tant de remarques assurantes, combien les productions morbides s'étaient multipliées et avaient frappé d'avance de stérilité tous les efforts tentés dans l'intention de sauver le malade. On peut assurément attribuer à la multiplicité du cancer la rapidité du développement et de la marche de la péritonite qui a mis fin aux jours du malade. Il est impossible que la nutrition d'une aussi grande quantité de tissus hétérologues n'ait pas eu la puissance de changer profondément le mode d'existence de tout ce qui l'environnait, surtout à l'occasion d'une opération qui a été elle-même, pour l'ensemble de l'organisme, un grave événement. Ce qu'il importe de faire ressortir de cette observation, est l'impossibilité de former un diagnostic suffisant pour guider dans les déterminations de la thérapeutique : il s'ensuit la nécessité de recherches qui mettent en possession de moyens propres à discerner le véritable état des choses.

Une autre déception s'est montrée ; elle mérite d'être mise en lumière. La péritonite était ce qu'on devait le plus craindre après une opération de cette espèce. Dans une autre opération semblable où il avait fallu également dénuder le péritoine, le professeur Delpech avait rapproché les parties avec soin, et avait réussi à prévenir ainsi toute inflammation du péritoine. Dans le cas actuel, les symptômes de la péritonite ont paru ; mais ils n'ont jamais eu assez d'urgence pour faire craindre un événement prochain. Cependant le malade a succombé, et l'autopsie, qui a bien montré en effet les suites ordinaires de l'inflammation de la membrane séreuse, n'a mis en évi-

dence ni de vastes foyers comme on en trouve à la suite de la péritonite mortelle, ni de la gangrène, comme quelques-uns de ses symptômes auraient pu le faire craindre. La clef de ce mystère est dans la propagation du cancer autour des parties les plus importantes de l'appareil ganglionnaire. Il est impossible, en effet, que, l'inflammation s'étant allumée dans un grand nombre de points du péritoine, elle n'ait pas retenti profondément dans les productions cérébroïdes des régions prélombaire, hépatique, rénale, dorsale, etc. Or, les fonctions des plexus, des ganglions de ces mêmes régions ont dû en être altérées ; et la perturbation de semblables organes ne saurait avoir lieu sans les plus graves conséquences. Les nerfs ganglionnaires sont le moteur des principaux instrumens de la vie : la gravité ordinaire de la péritonite, de la hernie, des blessures du mésentère, n'a pas d'autres motifs. Voilà donc une péritonite dont la gravité n'a pu être calculée par l'appréciation ordinaire des symptômes ; et les erreurs de prévision dont il a été impossible de se défendre, tiennent à l'extension inconnue de l'affection organique.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Lois de l'organisme vivant, ou *Application des lois physico-chimiques à la physiologie;* par le docteur A. Fourcault. — 1829. (Deux vol. in-8°, chez Rouen, rue de l'École-de-Médecine.)

A une époque quelconque de l'histoire, on peut dire que chaque système philosophique a son représentant, quelles que soient les idées prédominantes. Cette masse d'opinions, que l'on appelle opinion publique, parce qu'en définitive elle a une tendance, une direction spéciale, renferme toutes les nuances de sentimens. La médecine offre un spectacle parfaitement analogue : nous avons aujourd'hui des partisans du laxum et du strictum, des éclectiques, des mécaniciens, des chimistes, des sceptiques, des mystiques, comme si le temps n'avait pas fait justice de toutes ces doctrines. Nécessairement l'astrologie et la cabale proprement dites doivent avoir un peu perdu; mais je suis sûr que, s'ils l'osaient, aucuns se déclareraient astrologues et cabalistes. Ce petit préambule est pour dire que je ne m'étonne point du tout qu'un livre comme celui de M. Fourcault, pur physicien et pur chimiste, se soit rencontré en 1829. En dehors de la simple et naturelle observation médicale, laquelle brille par sa clarté et son unité, je le répète, tous les systèmes qui ont passé par la tête des hommes d'autre-

fois doivent passer par la tête des hommes d'aujourd'hui. Et pourquoi, je vous prie, n'en serait-il pas ainsi? Quel privilége ont donc les hommes d'aujourd'hui qui détruise l'éternelle vérité proclamée par l'orateur romain : « *Nihil* » *tam absurdum quod non ab aliquo philosopho dictum* » *fuerit?* »

M. Fourcault, à ce qu'il paraît, ne croit pas que la médecine en ait fini avec la physique et la chimie, et il a l'air d'espérer que l'art hippocratique puisse adopter pour bases ces deux parties des sciences naturelles : même il appelle cette idée un progrès ; la pathologie et la thérapeutique, fondées sur l'électro-chimisme, sont à ses yeux la pathologie et la thérapeutique de l'avenir. C'est le langage reçu ; du temps de nos pères, on croyait avoir le bon droit de son côté quand on était appuyé sur le passé ; de nos jours c'est l'avenir qu'on invoque, c'est à l'avenir qu'on en appelle. Chose convenue, à la bonne heure !

Si l'on voulait donner un nom à la philosophie de l'auteur dont nous parlons, il faudrait la nommer, je suppose, *philosophie des infiniment petits*. Au lieu de se livrer à une observation large et naturelle, d'aller *directement* au fait, d'interroger *directement* la nature dans le riche domaine qu'elle étale à tous les yeux, on va se cacher dans la partie ténébreuse des phénomènes ; on trouve commode de se placer au centre d'une question insoluble, de s'engager dans une voie sans issue. Après qu'on s'est heurté au fond de ce cul-de-sac philosophique, on revient sur ses pas, et puis on reprend sa première direction, on se heurte de nouveau, et ainsi de suite. On a un joli petit cercle vicieux dans lequel on trouve agréable de se promener et où l'on voudrait attirer les autres. Et

le lecteur de s'écrier : « A quoi bon ? où suis-je ? où vais-je ? qu'est-ce que la science ? qu'est-ce que la philosophie ? n'est-ce donc que cela ? » J'estime de pareils livres dangereux, parce qu'ils jettent dans le scepticisme et le désespoir les esprits qu'une bonne éducation philosophique ou une large part de bon sens n'a pas préparés à ces sortes d'attaques.

Que le lecteur veuille bien nous suivre un instant avec attention.

Quelle est la prétention de M. Fourcault ? de prouver que tout, dans la nature comme dans l'homme vivant, se réduit aux phénomènes physiques et chimiques, depuis l'attraction planétaire jusqu'aux phénomènes de l'innervation et de la génération, de l'inflammation et de l'hémorragie ; que tout principe appelé vital, intelligent, ou comme on voudra, qui ne rentre pas dans les affinités électriques ou les attractions moléculaires, n'est rien qu'une abstraction, *verba et voces*.

Application des lois physico-chimiques à la physiologie. Tel est le titre de l'ouvrage ; qu'on ne le perde pas de vue. Là dessus l'auteur déclame (c'est le mot) contre les propriétés vitales, et proclame, en son nom, la *non-existence des propriétés vitales*. Il ne voit dans ces expressions qu'imaginations, que rêves, qu'ontologies ; il ne comprend pas des *propriétés* considérées *indépendamment* des tissus, et trouve charmant le mot de Diogène à Platon : le philosophe cynique, dit-on, savait à merveille ce que c'était que *table* et *gobelet* ; mais il ne concevait pas la *tabléité* ni la *gobeléité*. Ainsi fait M. Fourcault. Je ne voudrais pas me porter fort pour toutes les propriétés vitales qu'on a si subtilement imaginées et classées ; je conviens que l'on a fait à ce sujet des abstrac-

tions fausses et vaines. Mais ce n'est pas là la question : il s'agit de savoir si le procédé qu'a suivi l'esprit humain en nommant des propriétés vitales est légitime au fond. Quant à l'application, elle pourra être quelque fois erronée, comme tout ce qui tient au raisonnement humain. Or je dis, et jusqu'ici je n'ai vu ni dans M. Fourcault ni ailleurs aucun motif de ne pas dire, que ceux qui ont cru aux propriétés vitales ont crn à quelque chose de positif. On a abusé du mot sans doute, on a poussé l'abstractiou trop loin : d'accord ; et si l'on a considéré ces propriétés *indépendamment* des organes auxquels elles sont inhérentes, dont elles constituent la manière d'être, la vie, ç'a été bien rarement, et ceux de vos adversaires qui ont du bon sens déclarent que c'est à tort. Pourquoi ne prendre dans vos adversaires que le côté absurde ? Toujours est-il que, quand (sans s'occuper de la cause première de l'organisme et des organes, et restant toujours dans le domaine de l'observation) on a simplement constaté certains faits généraux auxquels on a donné certains noms, on a été dans le vrai. On n'y est pas toujours resté. La raison en est simple : c'est qu'il est difficile d'y rester. Ce qui n'empêche pas la *contractilité* d'un muscle d'être quelque chose d'aussi réel que la couleur rouge ou bleue d'une fleur, que quelqu'un pourtant, selon vous, pourrait s'amuser à *abstraire*, et à considérer, *indépendamment* de la fleur. Abstraction ! s'écrie-t-on. Il n'y a en philosophie que des enfans qui peuvent se laisser effrayer par ce mot. Est-il possible d'ouvrir la bouche sans faire une abstraction ? car qu'est-ce donc qu'une abstraction, sinon un fait généralisé ? Est-il défendu de généraliser ? C'est autre chose ; alors fermons les yeux et les oreilles, et tâchons de nous faire idiots.

C'est vous qui le voulez; prenez garde de vous laisser prendre daus vos propres filets. Je trouve si agréable la plaisanterie de la *tabléité* et de la *gobeléité*, que je veux vous pousser plus loin, et vous forcer de convenir que vous savez ce que c'est qu'un *homme*, mais que vous n'avez pas idée de l'*humanité;* que vous avez vu des *malades*, mais que vous ignorez absolument ce que c'est qu'une *maladie*, etc. Car qu'est-ce que l'*humanité*, qu'est-ce qu'une *maladie*, *considérées*, pour me servir de votre langage, *indépendamment* de l'homme, *indépendamment* des malades? Abstraction, chimères, ontologies! n'est-ce pas?

Dans le chapitre sur la *non-existence de la force médicatrice*, l'auteur développe toujours la même série d'argumens, ou plutôt présente la même série d'assertions. Il n'est question que de puissance *indépendante* des organes, comme si Hippocrate et ses partisans avaient jamais parlé de cette *indépendance;* que de force *occulte*, comme si ceux qui croient à la nature médicatrice avaient entendu faire autre chose que de donner une expression générale de la cause (quelle qu'elle soit) des phénomènes liés et coordonnés que nous observons dans les maladies, sans rien préjuger, encore une fois, sur la nature de cette cause, qui est une question à part, question non d'observation médicale, mais de discussion philosophique.

C'est donc par la base que croule tout cet échafaudage physiologique. M. Fourcault combat des fantômes qu'il s'est créés à plaisir.

Il n'y a qu'une manière d'attaquer, je ne veux pas dire avec succès, mais avec une possibilité de solution, la *nature médicatrice*; c'est de nier les faits sur lesquels

elle s'appuie, leur liaison, leurs rapports de génération, de terminaison, de tendance, etc. Car si ces faits existent, il y a *une raison* pour laquelle ils marchent ainsi, et c'est tout ce que nous voulons dire.

M. Broussais l'a senti ; il s'est mis à nier les crises, à nier les lois de la pathologie et conséquemment de la thérapeutique, et il a traité de *fatalistes* ceux qui, comme Hippocrate, ont cru à des relations plus ou moins constantes entre les phénomènes pathologiques. L'expérience et la logique donnent un formel démenti à ces prétentions ; mais il y a alors au moins une discussion établie.

M. Fourcault a vu, quoique beaucoup plus faiblement, que la discussion devait être portée sur ce terrain ; mais il s'y tient mal, sa voix manque d'énergie, et son geste de menace n'a pas, comme celui du médecin physiologiste, cette hardiesse et cette confiance qui étonnent au premier abord. La doctrine hippocratique sur les crises est attaquée, non directement, non face à face, mais de biais, mais avec une maladroite timidité. On accuse les jours critiques de manquer d'exactitude, et le médecin de Cos d'avoir donné une trop grande importance à l'influence des astres ; on trouve dans le livre *De Aere et Locis* d'absurdes principes d'astrologie, parce qu'il y est dit que l'astronomie est pour le médecin d'une plus grande utilité que le vulgaire ne se l'imagine. Pourquoi ne pas prendre corps à corps ce vieil adversaire que l'on regarde en pitié? Pourquoi ne pas le suivre pied à pied dans ce qu'il dit sur les lois de l'économie, sur les rapports généraux de l'homme avec la nature et tout ce qui l'environne, sur le développement naturel des maladies, et sur les leçons fécondes que nous avons à puiser dans l'obser-

vation de ce développement? C'est là ce qu'il faudrait chercher dans le livre *De Aere et Locis*, puisqu'on jette en avant cet admirable livre. En un mot, c'est par l'observation qu'il faut combattre l'observation, au lieu de se prendre à ce qu'on appelle une *force occulte*, pour lui substituer des agens que l'on est forcé aussi d'appeler impondérables.

J'ai dit plus haut que la méthode chimico-physique faisait de la médecine, non plus une science d'observation et d'expérience, mais une *philosophie d'infiniment petits*. Qu'en résulte-t-il? qu'on nie tant qu'on peut les faits qui vous gênent, qu'on les dénature, qu'on cherche à leur donner un autre caractère que celui qu'ils ont dans la réalité. D'abord on s'était mis dans l'explication des phénomènes. A présent on est forcé de rejeter ce qui ne rentre pas dans les explications, et on rétrécit de plus en plus le cercle de la nature. Si l'on avait pris pour base l'observation, les hypothèses spéculatives auraient une valeur relative qui serait déterminée par cette pierre de touche. Au contraire, n'ayant qu'un système pour point de départ, on se trouve dans un arbitraire sans bornes, et on est forcé de se faire un monde, une nature à soi qui s'accommode à ce système et seulement à ce système. C'est ainsi que l'idée de M. Fourcault, qui, si elle se réduisait à rechercher ce qu'il y a d'électro-chimique dans les faits vitaux, pourrait s'exploiter utilement, devient radicalement fausse et dangereuse quand on veut y renfermer toute la physiologie, toute la pathologie et toute la thérapeutique, et finit même par ne plus rien représenter à l'esprit des médecins, des hommes d'expérience, d'observation et de logique, quand, par l'effet de son développement, elle en vient à conclure que toute la

thérapeutique doit exclusivement tendre à un juste équilibre du fluide résineux et du fluide vitré.

L'auteur tient beaucoup (puisqu'il ne voit rien autre chose) à son explication des phénomènes physiologiques par l'électro-chimisme : cette explication peut avoir toute la valeur qu'on voudra, nous n'y tenons pas pour notre part ; elle nous paraît souvent plausible, et souvent insuffisante, parce que nous ne savons pas, et même ne soupçonnons pas le terme auquel va l'électricité, quelle est *toute* la portée du moteur électrique. Nous aurions laissé M. Fourcault raisonner à son aise, nous l'aurions même loué, s'il l'eût désiré, d'un esprit de recherche estimable, s'il n'avait dénaturé ou voulu dénaturer les faits.

D'un autre côté la logique a ses exigences ; et un homme qui a pris une position n'est pas libre d'agir comme bon lui semble, il faut qu'il subisse les conséquences de sa position : s'il veut avoir d'autres idées, force est qu'il change de position. Ainsi, il était nécessaire que M. Fourcault dénaturât, ou, si l'on veut, méconnût les faits réels, les faits naturels, les rapports de ces faits et l'expression de ces rapports qui constituent leurs lois. Imaginez en effet que les faits restent ce qu'ils sont, que M. Fourcault les accepte tels quels, et que, partant de là, il veuille les expliquer et prétende trouver leur explication dans l'électricité : n'est-il pas clair que cette explication n'en sera pas une, qu'on ne sera pas plus avancé après qu'elle aura été donnée qu'on ne l'était avant qu'elle fût donnée ? Ne restera-t-il pas toujours à expliquer pourquoi l'électricité se comporte dans l'organisme autrement que hors de l'organisme ? Ne faudra-t-il pas toujours nous dire comment cette source électrique produit des merveilles si variées,

et nous montrer la *raison* de ce prisme organique qui brise le fluide électrique suivant tant de directions différentes pour produire tant de résultats différens? Enfin, n'y aura-t-il pas toujours un X après l'explication électrique, et, pour me servir de l'expression d'Hippocrate, un θειον, un *quid divinum*?

Voilà donc en quelle alternative on se trouve : ou dénaturer les faits pour les ramener à un phénomène qu'on a choisi dans la nature, ce qui n'avance guère la question, les faits subsistant toujours; ou donner comme explication universelle un fragment d'explication qui se brise à chaque pas, s'il se mesure avec l'observation vivante, ce qui n'avance pas davantage, je crois, la question.

Le tort de cette position est donc dans la donnée fondamentale qui est fausse. Partant de l'observation et se livrant à des recherches expérimentales et spéculatives, on faisait une chose utile; partant d'une idée systématique, ou on n'explique rien en voulant tout expliquer, ou, pour expliquer tout, on refuse d'accepter les faits tels qu'ils sont et on en imagine à sa convenance. Lequel des deux est préférable?

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Merveilles de la médecine sangsuante *dans l'île de Corse.* — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu.* — *Traitement des fluxions de poitrine par le calomel et le tartre stibié.* — *Rareté comparative des affections calculeuses chez les gens de mer.* — *Diagnostic des maladies du cœur.* — *Gastro-entérites sur-aiguës.* — *Orchite blennorrhagique.* — *Hydropisie enkystée des parois abdominales.* — *Traitement du choléra-morbus.*

Annales de la Médecine Physiologique; par M. Broussais (juin 1831) suite.

III. *Constitution médicale de Corté, département de la Corse, pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet* 1830; par Stanislas Duplan, D. M., chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Corté.

Embarquons-nous, et traversons les mers !

Décidément, c'est dans l'île de Corse qu'il faut aller admirer les merveilles de la médecine *sangsuante*. Le Val-de-Grâce pâlit, et son dôme orgueilleux s'abaisse devant l'hôpital militaire de Corté. Si l'on meurt encore un peu dans les salles de M. Broussais, on ne meurt plus du tout dans les salles de M. Duplan. Enfin, le croira-t-on? sur un total de cent seize malades traités pendant ces quatre mois, quatre-vingt-quinze sont sortis parfaitement guéris : vingt-un restaient encore en traitement au 1er août ; mais il n'y a pas eu un seul mort !

Viennent maintenant les adversaires de la médecine physiologique, avec leurs chicanes et leurs arguties ! M. Duplan leur a ré-

pondu d'avance. Voudraient-ils, par exemple, insinuer que la plupart de ces malades n'étaient pas dans un état bien alarmant; qu'il y avait sans doute parmi eux beaucoup de ces bons vivans, qui, sous le nom de vénériens ou de galeux, grossissent toujours plus ou moins la population des hôpitaux militaires? Cette insinuation serait promptement démentie par le registre des entrées, d'où il appert que sur les cent seize malades il y a eu, de compte fait, *soixante-treize fiévreux*, qui figurent dans la constitution médicale sous les titres suivans :

1° *Gastro-entérites aiguës continues*. Nous voyons déjà ici des fièvres graves, quelquefois avec stupeur, d'autres fois avec convulsions; une fois avec *gastro-entéro-colite sur-aiguë* : selles de sang tout pur, douleurs convulsives à l'épigastre, vomissemens, etc.; une autre fois avec cystite et pissement de sang.

2° *Gastro-entéro-céphalites aiguës*. Fièvres plus graves encore que les précédentes, surtout lorsque la *colite* venait à s'y joindre, ce qui a eu lieu pour quelques malades : céphalalgie, troubles divers des fonctions cérébrales, etc.

3° *Gastro-entérites intermittentes*. « Dix-huit hommes, dit » l'auteur, sont entrés à l'hôpital *porteurs de ces maladies*; mais » il y en a eu réellement un plus grand nombre à traiter. Quel- » ques-unes des gastro-entérites continues ont passé à l'inter- » mittence, d'abord quotidienne, puis tierce; et quelques bles- » sés ou vénériens en ont été affectés pendant leur séjour dans » l'établissement... Ces fièvres ont été remarquables par leur » intensité; les accès ont quelquefois duré près de quarante » heures, et les intervalles étaient très-rapprochés. Il y a eu » aussi, dans plusieurs de ces fièvres, délire, convulsions et » autres accidens très-graves. »

4° *Gastro-duodéno-hépatites sur-aiguës*. De plus fort en plus fort. Dans le tableau de ces maladies on retrouvera peut-être, dit M. Duplan, « celui que quelques auteurs nous ont » donné sous le titre de *fièvre jaune*; mais il sera dégagé du » merveilleux qu'on s'efforçait à y répandre, et à la place des » abstractions on trouvera la lésion des organes. » Si l'on n'a

pas oublié ce que nous avons dit dans le précédent cahier de la *Revue* touchant la doctrine physiologique des épidémies, on jugera par ce peu de mots combien le docteur Duplan est ferme sur les principes.

5° *Gastro-entéro-bronchites aiguës, avec éruption varioleuse.* Dans ce chapitre, l'auteur espère *dévoiler*, du moins en partie, « cette vérité sublime que le fondateur de la doctrine physiolo- » gique a développée dans ses *Commentaires sur la pathologie :* » LA VARIOLE N'EST QU'UNE GASTRO-ENTÉRITE. » Des lecteurs pointilleux s'étonneront peut-être que M. Duplan entreprenne de *dévoiler* une vérité déjà *développée* par son illustre maître. Pour nous, sans nous arrêter à ces minuties, nous demanderons seulement auquel croire, de M. Broussais qui regarde la variole comme une *gastro-entérite*, ou de M. Duplan qui l'appelle tantôt une *gastro-entéro-bronchite*, et tantôt une *gastro-duodéno-bronchite?* Grave question que nous ne voulons pas trancher.

Quoi qu'il en soit, il reste bien avéré que les salles de l'hôpital de Corté ne sont pas peuplées d'hypocondres ou de malades imaginaires, mais de beaux et bons malades qui fourniraient ailleurs de magnifiques *autopsies*, et qui là guérissent comme par enchantement. Et ce n'est pas certes la douceur du climat ni la pureté de l'air qui peuvent contribuer à leur guérison ; car M. Duplan ne se lasse pas de répéter que l'on vit à Corté « *dans une atmosphère chargée de vapeurs excrémen-* » *titielles*, dont l'influence pernicieuse est d'autant plus éner- » gique que les chaleurs sont plus fortes, et plus souvent inter- » rompues par quelques pluies ; et c'est précisément ce qui a eu » lieu dans le mois de mai. » Il y a eu de plus, dans le même temps, des changemens brusques de température, des vicissitudes atmosphériques des plus violentes, et des tempêtes effroyables qui coïncidaient avec une éruption de l'Etna. Ainsi, loin d'être secondée par les circonstances hygiéniques, la médecine *physiologique* avait tout contre elle, et elle a triomphé de tout avec son baume,... je veux dire avec les sangsues et l'eau de gomme : car c'est là, comme on sait, tout son secret.

Pour tous les *fiévreux* indistinctement, diète absolue, eau de gomme, lavemens, cataplasmes sur les points douloureux, s'il y en a.

Pour les *gastro-entérites* simples, sangsues à l'épigastre et sur le ventre.

Pour les *gastro-entéro-céphalites*, sangsues à l'épigastre, au ventre et à la tête.

Pour les *gastro-duodéno-céphalo-hépatites*, sangsues à l'épigastre, au ventre, à la tête, à la région du foie et à l'anus.

Pour les *gastro-entérites-intermittentes*, sangsues à l'épigastre (de vingt à cinquante) répétées autant de fois que la fièvre se renouvelle, quels que soient d'ailleurs son type et son caractère, et sans égard à ces *fièvres dites pernicieuses*, *dont on a cherché*, dit l'auteur, *à nous effrayer*, et qu'on guérit journellement à Corté *sans un seul grain* de sulfate de quinine (1).

Pour les *gastro-duodéno-bronchites*, vulgairement appelées varioles, sangsues à l'épigastre et à la bifurcation des bronches.

Cette médecine est assurément bien simple : elle est à la portée de tous les esprits; et grâce aux progrès des lumières *physiologiques*, il n'y a pas de si mince officier de santé dans nos villages qui ne la possède assez passablement aujourd'hui. Par quelle fatalité lui voyons-nous porter, sur le sol natal, des fruits si différens de ceux qu'elle produit, dit-on, dans l'île de Corse? C'est un problème que nous proposons avec confiance à la sagacité de nos lecteurs. S'il s'en trouvait de par trop incrédules, nous leur dirions.....

Embarquez-vous, et traversez les mers !

(* C.)

Gazette médicale. (Octobre 1831.)

1. *Revue de la clinique médicale de M. le professeur* Chomel, *pendant les mois de juillet et août* 1831. — La constitution médicale de ces deux mois a donné un grand nombre d'affections

(1) Disons cependant, pour être historien fidèle, *qu'une fois*, dans une consultation en ville, le docteur Duplan eut la faiblesse de lais-

intestinales, et, sous ce rapport, s'est montrée différente de la constitution des deux mois dans lesquels les affections de poitrine avaient prédominé. L'article dont nous avons transcrit le titre ne contient que l'histoire d'un choléra-morbus sporadique peu grave, lequel n'offre absolument rien de remarquable; celle d'un rhumatisme articulaire, compliqué probablement de péricardite, traité avec succès par la saignée; celle d'une tumeur de la région iléo-cœcale, qui, d'après la marche des symptômes, a paru de nature inflammatoire, et qui a disparu subitement à la suite d'un craquement douloureux dans la région de la vessie et d'une émission d'urines purulentes. M. Chomel parle de la fréquence des péricardites et des pleurésies comme complications du rhumatisme articulaire.

II. *Revue de la clinique chirurgicale de M. le professeur* DUPUYTREN. 1° *Coup de feu à la face.* Un homme, qui avait plusieurs fois attenté à ses jours par différens moyens, entra à l'Hôtel-Dieu en novembre 1830; il venait de se tirer sous la mâchoire inférieure un coup de pistolet chargé à double balle. Les deux os maxillaires furent fracassés, la voûte palatine traversée par les deux balles, la langue blessée à son extrémité. Cette affreuse plaie, accompagnée immédiatement après l'accident d'une fièvre très-vive, fut traitée par la méthode antiphlogistique locale et générale. Il n'y eut jamais de délire, et la guérison arriva promptement. Les deux balles descendirent dans la bouche au moment où le malade injectait l'ouverture de la voûte palatine. Cet homme, dans l'hôpital même, chercha à s'empoisonner. Il est un exemple remarquable de manie avec penchant au sui-

---

ser donner *deux grains* de sulfate de quinine en lavement: c'était un de ces cas de fièvres remittentes *dites pernicieuses*. Le malade mourut... On pense bien qu'un *physiologiste* aussi scrupuleux que notre auteur n'a jamais pu se pardonner ces *deux grains* de sulfate de quinine. Il confesse humblement sa faute avec une ferme résolution de n'y plus retomber. Ainsi nous le croyons irrévocablement brouillé avec le *spécifique quina*, comme il l'appelle ironiquement dans sa colère.

cide, et de la facilité avec laquelle guérissent les plaies les plus graves de la face.

2° *Extirpation d'une tumeur au cou.* Une femme de soixante-cinq ans portait à la partie supérieure latérale gauche du cou une tumeur du volume du poing, qui avait commencé à se développer dans la bouche il y avait huit ans, mais qui, depuis quatre ans, restait stationnaire du côté de cette cavité, et ne prenait d'accroissement que vers le cou. Après avoir fait une ponction exploratrice avec le bistouri, M. Dupuytren se décida à l'extirper. L'extirpation fut faite. La tumeur était un lipôme. Pour prévenir l'inflammation des parties voisines de la plaie, on saigna et on appliqua des sangsues. Cette médication active n'empêcha point l'inflammation et les symptômes de suffocation de se développer, et d'emporter la malade trois jours après l'opération. Le rédacteur de la *Gazette* manifeste la plus grande appréhension de cette explosion inflammatoire à la suite des plaies chirurgicales du cou. Cette appréhension doit céder devant une opération *de nécessité*, c'est-à-dire faite dans l'intention de sauver la vie; mais, dans un cas comme celui que nous venons de relater, elle est parfaitement légitime, et l'on doit regretter qu'elle n'ait pas arrêté la main de l'opérateur. Le bon sens ne dit-il pas qu'il vaut mieux, pour une femme de soixante-cinq ans, vivre avec une tumeur indolente au cou, que d'être exposée à des chances de mort?

3°. *Du traitement des phlegmasies aiguës du poumon par le calomel et le tartre stibié; par le docteur* Lurotte, *médecin à Bischviller.* L'auteur de ce petit mémoire cite un grand nombre de cas dans lesquels, les antiphlogistiques étant insuffisans, l'emploi du tartre stibié lui a paru d'une utilité essentielle. Une phlegmasie grave a guéri sous l'influence du calomel: ce dernier médicament a échoué dans deux cas qui, il est vrai, semblaient dès le commencement être au dessus des ressources de l'art. Un homme de quarante ans, affecté depuis trois mois et demi d'une phlegmasie pulmonaire, compliquée dès l'origine d'une fièvre intermittente, et traversée par de nombreux écarts de régime,

avait épuisé la série des médicamens que l'on oppose à ces maladies, et restait, avec quelques points de phlegmasie pulmonaire, dans un état de langueur et de fièvre qui donnait à la maladie un caractère énigmatique. La constipation était opiniâtre. Subitement une quinzaine d'évacuations mêlées de sang et de pus, à la suite desquelles, mieux décisif. Huit jours plus tard, nouvelle crise : guérison rapide et absolue.

4° *Recherches sur la rareté comparative des affections calculeuses chez les gens de mer, par* A. Hutchison, *chirurgien du dispensaire général de Westminster.* Il résulte des travaux de M. Hutchison, tant de ceux qu'il a publiés dans les *Transactions médico-chirurgicales* de Londres, en 1818, que de celui qu'il a lu dernièrement dans la société médico-chirurgicale, que les affections calculeuses sont extrêmement rares chez les gens de mer. La statistique la plus précise et la plus détaillée ne permet aucun doute sur ce point. La même observation se peut faire encore de la manière la plus remarquable en Irlande, ce qui paraît tenir à ce que les habitans de ce pays ne font point usage de liqueurs fermentées. Les Ecossais, dont le régime se compose essentiellement de gruau d'avoine et de poisson salé, ne donnent pas moins de calculeux que les Anglais, ainsi qu'on l'avait dit; ils en donnent même davantage. (H. G.)

Archives générales de médecine. (Octobre 1831.)

I. *Recherches expérimentales sur quelques-unes des bases qui doivent servir au diagnostic des maladies du cœur et de la circulation*, par M. Marc d'Espine, *lues à l'Académie royale de médecine, le 29 juillet* 1831 (1). Les ingénieuses recherches de Laënnec ont donné une impulsion qui pourrait bien finir par nuire jusqu'à un certain point aux applications pratiques de l'*auscultation*, par les difficultés, les incertitudes et les contra-

(1) Voir le numéro d'octobre de la *Revue médicale* (Séances de l'Académie).

dictions qui résultent des prétendues découvertes, additions et perfectionnemens que quelques jeunes observateurs ont voulu joindre à cette méthode. M. Marc d'Espine a analysé avec une sagacité remarquable les battemens du cœur; mais n'a-t-il point un peu abusé du droit que donnent des recherches spéciales de développer et de modifier les théories reçues sur telle ou telle partie du diagnostic médical? C'est ce que nous laissons à décider à ceux que des sens exercés mettent à même de porter un jugement approfondi sur les points les plus délicats de la méthode de l'*auscultation*. Déjà M. Pigeaux, auteur aussi d'une théorie particulière sur les mouvemens et les bruits du cœur, s'est élevé contre les assertions de M. Marc d'Espine. (Voir le nº 55 du *Journal hebdomad.*, octobre 1831). Pour nous, nous nous bornons à indiquer les principales conclusions que ce dernier a cru pouvoir tirer de son travail.

1°. Dans l'état normal, chaque rhythme du cœur est composé de quatre temps simples et non pas de trois, comme on l'a pensé jusqu'ici d'après Laënnec. Ces quatre temps sont d'après leur ordre d'apparition : le bruit sourd ou premier bruit (concentration des ventricules), un petit intervalle de silence; le bruit dit clair ou second bruit (dilatation des ventricules), et un intervalle de silence plus long que le précédent (repos du cœur).

2°. Toujours dans l'état normal, on trouve que le premier bruit s'entend au maximum au niveau, ou fort peu au-dessus du lieu où la pointe du cœur choque le thorax; tandis que le maximum du deuxième bruit s'entend trois pouces plus haut et plus à droite; chez les uns vers le bord gauche du sternum, chez d'autres sous le sternum lui-même.

3°. Chez les sujets dont la circulation paraît saine, toutes les expansions artérielles du corps se font pendant le petit intervalle de silence qui succède au premier bruit; petit intervalle qui jusqu'ici a été négligé ou considéré comme nul. Ces expansions elles-mêmes deviennent un peu plus tardives, à mesure que l'artère qu'on explore est plus éloignée du cœur.

4°. De tous les phénomènes qui se passent pendant le premier bruit, c'est la contraction des ventricules qui rend le mieux rai-

son de ce premier bruit (coïncidant avec le choc de la pointe du cœur). Le petit silence qui vient après s'explique nécessairement par le repos du cœur pendant son cours. Quant aux phénomènes qui coïncident avec le second bruit, le seul qui, considéré comme cause, rende complètement raison des faits connus, c'est la dilatation des ventricules. Enfin, le long silence qui vient après s'explique nécessairement par le repos du cœur pendant sa durée.

II. *Observations de maladies des organes digestifs promptement mortelles;* par MM. Boileau et Colin, d. m. *à Nancy.* Il s'agit dans ce mémoire de *gastro-entérites* dont l'issue promptement funeste a rappelé celle du *choléra*, quoique d'ailleurs on n'ait pas observé dans ces maladies les phénomènes caractéristiques du *choléra-morbus*. Ces observations ont été recueillies dans le mois d'août de cette année, époque où ont régné en effet beaucoup d'affections aiguës des organes digestifs, que les auteurs sont portés à attribuer à l'influence de l'état orageux habituel de l'atmosphère, ce qui est en effet assez vraisemblable.

III. *Mémoire sur l'orchite blennorrhagique;* par M. A. Gaussail, *interne des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société anatomique; Mémoire qui a obtenu une double médaille d'encouragement à la Société de médecine de Toulouse.* Ce travail assez bien fait et assez complet ne présente pourtant rien d'assez neuf ni d'assez important pour que nous en donnions l'analyse à nos lecteurs. Il nous suffira d'en extraire les *considérations statistiques* suivantes :

Nombre total des blennorrhagies observées pendant les huit premiers mois de l'année 1830, dans une portion du service de M. Cullerier, contenant cent vingt malades, 147. — Blennorrhagies existant avec d'autres symptômes d'infection syphilitique, tels que chancres, phymosis, bubons, etc., 68. — Blennorrhagies existant seules au moment de l'entrée des malades dans l'hôpital, 11 (1). — Parmi les soixante-huit blennorrha-

(1) Je dois faire remarquer ici que généralement on ne reçoit pas dans

gies existant avec d'autres symptômes syphilitiques, deux seulement ont été compliquées d'orchite. Parmi les blennorrhagies existant seules lors de l'entrée des malades, trois nous ont offert cette complication. Enfin, nous avons observé soixante-huit blennorrhagies existant sans autres symptômes syphilitiques, et compliquées d'orchite au moment de l'admission des malades de l'hôpital. — Nombre total des orchites, 73. — Orchites du côté droit, 45. — Du côté gauche, 24. — Doubles, 4. — Orchites produites par une cause appréciable, plus ou moins énergique, 51. — Orchites survenues sans cause déterminante appréciable, 22. — Orchites survenues pendant les deux mois les plus froids de l'année (janvier et février), 28. — Orchites survenues pendant les deux autres mois de l'année, qui en ont offert le plus, mais pendant lesquels la température n'était pas froide et sèche (avril et mai), 19. — Orchites survenues pendant la première semaine après l'invasion de la blennorrhagie, 3. — Pendant la deuxième semaine, 4. — Pendant la troisième semaine, 3. — Pendant la quatrième semaine, 16. — Pendant la cinquième et la sixième semaine, 39. — Deux mois après, 2. — Trois mois après, 1. — Cinq mois après, 2. — Sept mois et demi après, 1. — Cas dans lesquels l'écoulement urétral a été entièrement supprimé lors de la manifestation de l'orchite, 4. — Cas dans lesquels l'écoulement et les autres symptômes de la blennorrha-

---

l'intérieur de l'hôpital les individus affectés de blennorrhagie simple; on les traite à la consultation. Parmi ces onze malades admis par des considérations particulières, trois ont été affectés d'orchite pendant leur séjour à l'hôpital; les autres ont été guéris sans avoir présenté de complication. Ce nombre est trop peu considérable pour établir les rapports de l'orchite à la blennorrhagie. En faisant de nouvelles recherches sur le registre de la consultation, je me suis convaincu qu'ils ne pouvaient servir à établir ces rapports aussi exactement que je l'avais pensé d'abord, parce que plusieurs malades sont perdus de vue avant leur entière guérison. Je crois cependant que sur huit ou dix blennorrhagies, il y en a une qui se complique d'orchite.

(Note de l'auteur.)

gie ont diminué d'une manière plus ou moins notable lors de la manifestation de l'orchite, 67. — Cas dans lesquels l'écoulement et les autres symptômes de la blennorrhagie ont persisté avec la même intensité lors de l'apparition de l'orchite, 2. — Cas dans lesquels l'écoulement et les autres symptômes de la blennorrhagie ont diminué d'une manière progressive, et se sont dissipés entièrement, sous l'influence des moyens dirigés contre l'orchite, 30. — Cas dans lesquels l'écoulement a persisté après la guérison de l'orchite, et dans lesquels aussi on a eu recours à des moyens convenables pour le faire cesser, 43. — Orchites aiguës guéries sans passer à l'état chronique, 51. — Orchites aiguës passées à l'état chronique, 9. — Orchites à l'état chronique lors de l'entrée des malades, 13. — Durée moyenne de la maladie, abstraction faite de l'état chronique, 35 jours.

IV. *De l'hydropisie enkystée des parois abdominales, et des signes propres à la distinguer des autres tumeurs de cette région;* par M. P. N. Chantourelle, D. M. (*Bull. de la Soc. méd. d'émulat.*) M. Chantourelle rapporte l'observation détaillée d'un cas de cette espèce dont l'issue fut mortelle, le kyste s'étant ouvert à l'intérieur, et ayant été frappé de gangrène après l'opération de la ponction, tentée à une époque très-avancée de la maladie.

Journal universel et hebdomadaire. (Octobre 1831.)

Aperçu sur la manière de reconnaître et de guérir le choléra-morbus; traduit de l'allemand par M. Belmas (n° 56, t. v). Ce n'est qu'un résumé succinct des symptômes, de la marche et du traitement de la maladie, publié par la Commission médicale de Berlin, qui se prononce pour la contagion. On ne voit rien dans cet article qui n'ait trouvé place dans les divers écrits récemment publiés sur le *choléra*, et notamment dans le rapport de l'Académie. Une lettre de M. le docteur Dalmas, insérée dans un autre cahier du même journal (t. v, n°. 59), offre plus d'intérêt; nous en extrairons les principaux passages :

« ..... Le premier fait, vous l'appellerez, si vous voulez un exemple, un cas d'infection; je l'ai recueilli à Bolimow, où je m'étais rendu pour observer dans le camp les effets du contact et d'une rencontre avec l'armée russe, alors à Lowitz, et que je savais avoir beaucoup de cholériques. Les Polonais campaient, les uns dans une grande forêt, en arrière de la Rawka, les autres en avant de cette même rivière, dans un petit bois. Ce bois, comme la forêt, étaient fort humides, et de tous deux il provenait chaque jour bon nombre de malades; mais, chose fort remarquable, tous ceux qui sortaient de la forêt étaient cholériques, tandis que ceux qui venaient du bois n'avaient que des fièvres d'accès. Instruit de ce fait, je me rendis sur les lieux; j'examinai les malades, et me convainquis de la réalité de ce qui m'avait été raconté : restait à en pénétrer la cause. Deux bois également humides, l'un petit, l'autre grand; celui-ci donnant le choléra, celui-là des fièvres intermittentes : il y avait de quoi songer, et j'y songeais, quand j'appris, par des officiers de l'état-major, que la grande forêt, traversée par la route, avait été quelque temps occupée par les Russes; quant au petit bois, c'était différent, aucun des leurs n'y avait mis le pied, ils l'avaient laissé sur leur gauche; tous les buissons en étaient intacts; l'herbe même n'y était pas foulée, quand les tirailleurs, qui formaient l'extrême avant-garde de l'armée polonaise, en prirent possession. Comme ce petit bois les protégeait à merveille, et que, d'ailleurs, l'ennemi ne cherchait pas à les déloger; ils y restèrent plus de huit jours; j'y vis souvent leur chef et leurs fiévreux. J'eus, à mon aise, l'occasion d'examiner cette position : pas un cholérique, je le répète, n'en sortait, tandis qu'ils venaient tous de la forêt. N'est-ce pas un fait précieux et une preuve remarquable d'infection de la forêt par le séjour des Russes? — Je coupe court ici, pour vous dire, sans entrer dans de plus grands détails, mais pour appuyer ce qui précède, que j'ai par-devers moi les preuves que presque partout sur la rive droite de la Vistule, de Plock jusqu'à Thorn, le choléra était lié, dans son apparition, aux opérations de l'armée russe; il

suivait, pour ainsi dire, la régularité de ses mouvemens stratégiques. Comment a lieu cette propagation? Je ne le sais pas positivement : elle ne se fait pas d'individu à individu, mais en bloc, de masse à masse, d'un régiment à toute une population; c'est une inoculation générale, brusque, qui se fait à l'insu des victimes, que l'on compte soudain par dizaine, par vingtaine, etc. On m'avait répété si souvent, j'avais tant entendu dire que, d'après ce qui s'était passé à Dantzik, il n'y avait plus moyen de nier les propriétés contagieuses du choléra, que je ne pus résister au désir de m'y rendre, et de voir par moi-même sur les lieux. C'était, disait-on, un vaisseau de Riga qui avait apporté la maladie. Le capitaine était mort le jour même de son arrivée; depuis, la maladie, s'étendant de proche en proche, avait gagné successivement le port, les faubourgs et la ville; on ajoutait même qu'on avait pu voir combien il était vrai que la maladie était contagieuse, au bon effet du cordon qui avait préservé les campagnes voisines; enfin on ne pouvait se refuser à accepter une explication si naturelle du fléau qui ravageait Dantzik. Le commerce avec la Russie, où régnait le choléra, était la cause de l'importation; rien de plus clair. Malheureusement pour cet échafaudage, il ne reposait que sur des erreurs. Voici la vérité. 1° Le choléra n'existait point à Riga au moment du départ des vaisseaux inculpés; 2° Le choléra ne s'est développé à bord d'aucun d'eux pendant la traversée; 3° Le choléra a paru à Dantzik avant leur arrivée, et il s'est montré dans la ville avant que de se montrer dans le port; 4° Le cordon n'a point préservé les environs. » M. Dalmas entre ensuite dans quelques détails propres à justifier ses assertions; après quoi il se demande comment le choléra s'est propagé à Dantzik, ainsi que dans les autres villes d'Allemagne. Faut-il en accuser des miasmes, un virus, ou cette constitution épidémique que l'on fait voyager à petites journées de l'est à l'ouest de l'Europe? L'auteur ne se prononce pas sur cette question difficile, tout en avouant toutefois que, quant à lui, son opinion est déjà arrêtée. Les quarantaines lui paraissent peu utiles; il ne voit jusqu'ici

que trois localités qui aient eu à s'en louer, savoir : Dorpath en Livonie ; Marienwerder (où cependant le choléra a fini par pénétrer), et la citadelle de Graundens, restée intacte jusqu'à présent, bien que le choléra soit dans la ville. M. Dalmas insiste sur le fait important de l'atténuation successive des dangers que présente le choléra à mesure qu'il marche vers l'ouest.

La mortalité est toujours fort considérable dans les malades, mais le nombre de ceux-ci, par rapport à la population, décroît beaucoup : c'est ainsi que, pendant les quarante premiers jours, on n'a compté à Pétersbourg que douze malades sur mille habitans ; à Kœnisberg, que 10 ; à Dantzik, que huit ; à Berlin, que trois. Aussi l'auteur dit-il, en terminant sa lettre : « Ne vous laissez pas effrayer à Paris ; empêchez l'accumulation dans les appartemens malsains, dans les rues étroites et à maisons élevées ; répétez bien que le choléra est cent fois moins grave que le typhus. Qu'on se résigne peu à peu à le voir venir, et qu'on ne provoque aucun désastre par des mesures de la nature de celles qu'il a fallu suspendre à Kœnisberg, à Dantzik, à Stettin et à Berlin. » (G.)

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Ophthalmie vénérienne. — *Effets du muriate de morphine.* — *Principe actif de l'élaterium* (élatérine).

De l'ophthalmie vénérienne, par W. LAWRENCE. — M. Lawrence admet trois formes de cette inflammation, qu'il nomme gonorrhoïque : l'ophthalmie aiguë très-vive, l'ophthalmie modérée, et

l'ophthalmie très-interne, qui occupe la sclérotique et s'étend quelquefois jusqu'à l'iris. La première, la seule que nous décrivons ici, est une inflammation violente de la conjonctive oculaire et palpébrale, avec écoulement d'un liquide qui ressemble à celui qui sort de l'urètre dans les blennorrhagies, c'est une véritable ophthalmie purulente, mais portée à un plus haut degré. Bornée d'abord à la conjonctive et accompagnée de douleur et de sentiment de graviers, l'inflammation s'étend bientôt à la cornée; les douleurs deviennent alors aiguës et intolérables, elles se font sentir dans le globe de l'œil, l'orbite et toute la tête, et augmentent encore par l'arrivée de la plus faible lumière; la fièvre les accompagne. A cette époque le danger est très-grand; mais il augmente encore, et l'œil est perdu à peu près sans espoir, si la phlegmasie se propage jusqu'au globe de l'œil. Il s'opère alors dans les environs de cet organe un épanchement de sérosité albumineuse qui produit le chémosis et le gonflement des paupières.

La conjonctive sécrète d'abord un mucus clair et blanchâtre, qui devient ensuite plus abondant, plus épais, d'une couleur jaunâtre et d'une apparence analogue à celui de la blennorrhagie. La douleur de l'œil, qui est ordinairement excessivement intense dans cette maladie, dans quelques cas rares n'existe pas. M. Lawrence en cite plusieurs exemples.

Les résultats de cette espèce d'ophthalmie sont le gonflement de la cornée, sa suppuration, son ulcération et la déposition d'une lymphe coagulable entre les lames de cette membrane. Il peut même survenir la sortie des humeurs de l'œil, l'atrophie de son globe, l'oblitération de la chambre antérieure, le staphylôme, la chute de l'iris, l'occlusion de la pupille.

On ne peut confondre l'ophthalmie vénérienne qu'avec l'ophthalmie purulente. Les principaux moyens de les distinguer sont la suppression récente d'un écoulement blennorrhagique par l'urètre et l'affection bornée à un seul œil; mais il est important de s'aider des symptômes locaux, qui sont toujours plus violens et plus promptement funestes dans l'ophthalmie vénérienne.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que le pronostic de cette affection est toujours fort grave. Sur quatorze malades, dont M. Lawrence raconte l'histoire, neuf ont perdu la vue par l'opacité ou la suppuration de la cornée, et cinq ont guéri, mais avec des opacités partielles de cette membrane. Cette maladie est surtout dangereuse par la rapidité de son cours, qui lui fait atteindre en très-peu de temps son *summum* d'intensité.

Le traitement de cette phlegmasie consiste essentiellement dans l'emploi d'émissions sanguines locales et générales très-abondantes. On doit saigner, dit M. Lawrence, très-largement du bras et même de l'artère temporale, appliquer de nombreuses sangsues autour de l'œil, en répétant l'usage de ces moyens aussi long-temps que persiste l'intensité des symptômes de cette inflammation.

Lorsque cette affection est moins violente, les sangsues peuvent suffire, sans en venir aux saignées générales; les vésicatoires peuvent être employés utilement en les appliquant à la nuque, dans la vue de provoquer une dérivation par une suppuration abondante. Les topiques froids ou tièdes sont préférables à ceux qui sont chauds, surtout dans la dernière période. Un point très-essentiel, c'est de nettoyer et de bassiner souvent les yeux, pour enlever la matière purulente qu'ils sécrètent et dont la présence ne pourrait qu'augmenter l'irritation et l'inflammation de la conjonctive.

Lorsque les symptômes inflammatoires sont calmés et que l'écoulement est encore abondant, les topiques à l'intérieur et les astringens à l'extérieur sont indiqués; les astringens qui conviennent le mieux, sont l'alun et l'acétate de plomb, à la dose de deux à dix grains dans une once d'eau. Mais il ne faut pas oublier que ces moyens sont irritans chez certains sujets.

Le docteur Merlin a proposé, pour prévenir le développement de l'ophthalmie, une solution de quatre grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée, dont on insinue quelques gouttes dans l'œil deux fois par jour. Ce médecin assure avoir traité par ce moyen près de trois cents ophthalmies aiguës, sans

avoir été obligé de recourir aux saignées générales et locales. M. Lawrence a eu occasion de vérifier cette assertion. Quant au mercure, M. Lawrence pense, avec Béer et M. Delpech, que, quelque prompt que soit l'emploi de ce médicament, il est bien rare de pouvoir arrêter, par ce moyen seul, une ophthalmie vénérienne.

On a proposé d'irriter le canal de l'urètre ou d'y introduire du virus gonorrhoïque. M. Lawrence ne partage pas cette opinion, qu'il croit uniquement fondée sur des idées théoriques. (*A treatise on the venereal diseases of the Cye.*)

Des effets du muriate de morphine. — L'auteur de cet article pense qu'on pourrait remplacer avec avantage l'acétate de morphine par l'hydro-chlorate; voici le résultat des recherches thérapeutiques faites par M. Christison : La préparation dont il a fait usage est la suivante : Hydro-chlorate de morphine, dix grains; eau bouillante, mille gouttes. Cent gouttes contiennent un grain de ce sel; la dose qu'il employait était de vingt-cinq gouttes environ.

Dans tous les cas, j'ai observé, dit-il, que le sommeil survenait dans l'espace d'une heure après l'administration, et qu'il se prolongeait entre quatre et sept heures. Chez le plus grand nombre des personnes soumises à l'expérience, ce sommeil était calme, profond et sans rêves; trois d'entre elles ont eu cependant beaucoup de rêves, mais d'une nature agréable et non fatigans. Les effets consécutifs de cette préparation m'ont toujours paru très-légers. Son emploi n'est presque jamais suivi de la sécheresse de la langue, du malaise et de la céphalalgie que produit si souvent l'opium, même lorsqu'il provoque un sommeil réparateur. Dans un seul cas j'ai remarqué, après la sixième dose, un peu de sécheresse de la langue; mais la personne, qui était sujette à de violentes migraines, n'éprouva pas le moindre mal de tête après l'usage de l'hydro-chlorate de morphine. Enfin l'usage de ce sel, du moins autant que j'en peux juger par mon expérience, me paraît entièrement exempt des mauvais effets

que produit l'opium sur l'estomac, après que son influence soporifique a cessé.

« Dans plusieurs occasions j'ai comparé les effets du muriate de morphine avec ceux de l'opium et de diverses liqueurs opiacées très-actives. J'ai administré le sel de morphine à plusieurs malades qui prenaient habituellement depuis long-temps le laudanum à la dose de quarante-huit à cinquante gouttes ; chez tou j'ai observé que vingt-cinq gouttes de la solution de muriate de morphine a toujours produit un sommeil profond et paisible. Plusieurs d'entre eux même m'ont assuré qu'ils dormaient d'une manière plus continue et qu'ils se sentaient beaucoup plus reposés au moment de leur réveil ; enfin, quelques-uns, qui avaient éprouvé des maux de cœur et de tête après l'usage de l'opium ou des préparations opiacées, ont déclaré qu'ils n'avaient éprouvé aucune de ces incommodités sous l'influence de la solution de morphine. Chez d'autres malades qui faisaient usage depuis quelque temps et avec avantage d'une préparation d'opium nommée *liqueur sédative de Battley,* j'ai d'abord administré la solution de morphine pendant deux jours le soir; puis je revins à la liqueur de Battley. Tous, à l'exception d'un seul, une jeune femme extrêmement capricieuse, redemandèrent la solution, assurant qu'elle leur avait été certainement plus utile. L'hydrochlorate de morphine m'a paru jouir de deux autres propriétés qui, si toutefois l'expérience vient confirmer ce que j'ai observé, lui donneraient un avantage immense sur les autres préparations d'opium. La première, c'est que ses effets, plus prompts et plus certains que ceux du laudanum ou de toute autre préparation de ce genre, cessent plus soudainement et plus complètement. On a observé que, dans un grand nombre de cas, après l'administration d'une préparation quelconque d'opium, le malade est engourdi et étourdi pendant toute la matinée suivante, lors même qu'il a dormi profondément toute la nuit. Je n'ai jamais rien remarqué de semblable chez les personnes auxquelles j'ai fait prendre le muriate de morphine. La seconde propriété de cette substance est encore plus importante. Il m'a semblé que les

effets de l'hydrochlorate de morphine se continuaient pendant long-temps sans qu'on fût obligé d'en continuer la dose. Plusieurs de mes malades en on fait usage pendant quinze jours de suite, à la dose de vingt-cinq gouttes, et ils ont dormi constamment le même nombre d'heures et aussi profondément que les premiers jours, et bien certainement leur sommeil était dû au médicament; car chaque fois que j'en ai suspendu l'administration, les nuits ont été sans sommeil. Enfin le muriate de morphine m'a paru agir sur les intestins de la même manière que les autres préparations d'opium, et produire comme elles la constipation. De toutes mes observations, je crois pouvoir conclure que l'hydrochlorate de morphine est un médicament bien supérieur à toutes les autres préparations d'opium, et qui, je l'espère, sera bientôt d'un usage général. » (*The Edimb. med. and surg. Journ.* Avril 1831.)

Du principe actif de l'élatérium. M. Morries a fait une série d'expériences chimiques, pour séparer le principe actif de l'élatérium, purgatif très-énergique, mais peu employé à cause de l'inégalité de son action. A l'aide d'un procédé que nous n'indiquerons pas ici, il est parvenu à obtenir une substance blanche, cristalline, très-amère et un peu styptique, insoluble dans l'eau et les alcalis, et très-soluble dans l'alcool, l'éther, l'huile d'olive bouillante, mais très-peu dans les acides. Les cristaux qu'elle forme sont des prismes rhomboïdaux, striés sur leurs faces, très-brillans et d'un aspect soyeux. M. Morries regarde cette substance comme un principe immédiat particulier qu'il nomme *élatérine*.

Pour déterminer si ce produit était réellement le principe actif de l'*élatérium*, l'auteur a fait les essais suivans :

« J'ai donné, dit-il, à un lapin un dixième de grain d'élatérine sous la forme pilulaire. Au bout de deux heures aucun accident ne s'était manifesté; seulement le ventre de l'animal paraissait un peu douloureux au toucher. Vingt-quatre heures après, la même dose fut administrée en dissolution à l'animal, et au

bout de six heures il donnait des signes d'une vive douleur, la respiration était laborieuse, enfin il offrait tous les symptômes d'une violente inflammation générale. A onze heures du soir, c'est-à-dire treize heures après la seconde dose et trente-sept heures après la première, l'animal mourut sans avoir eu d'évacuations ni alvines, ni urinaires. En examinant le cadavre, quelques heures après la mort, je trouvai l'estomac presque vide, très-dilaté et très-fortement injecté surtout du côté du pylore. Cette ouverture était resserrée et toute la membrane muqueuse plus molle et plus rouge que dans l'état ordinaire. Les poumons offraient aussi des traces d'une vive inflammation, et dans quelques points ils étaient transparens et comme pulpeux. Les autres organes étaient sains.

» Un autre lapin auquel je fis prendre la même quantité d'élatérine n'eut pas d'évacuations alvines pendant trois jours. Une seconde dose d'un cinquième de grain fit périr l'animal. Au bout du second jour, vers la fin de sa vie, il rendit une quantité considérable d'une urine laiteuse et quelques matières féculentes. L'autopsie fit voir les mêmes altérations d'organes que dans le cas précédent; seulement les poumons semblaient moins enflammés.

» Les effets de l'élatérine sur l'homme sont les mêmes que ceux de la substance (qui la fournit); c'est-à-dire qu'elle occasione une augmentation de la sécrétion urinaire, des nausées, des vomissemens et des selles liquides. Un vingtième de grain donné à un homme en santé détermina, au bout de deux heures, des vomissemens et de copieuses déjections. Le docteur Christison l'a administrée à l'infirmerie royale d'Edimbourg, à quatre malades, à la dose d'un dixième de grain. Chez deux de ces individus, elle produisit des vomissemens et des selles liquides; chez un troisième des coliques très-violentes, et le quatrième n'en éprouva aucun effet. Je pense que ces différences d'action tiennent à ce qu'on a administré l'élatérine sous forme de pilules; car d'après de nouvelles expériences faites par M. Duncan dans les salles de clinique du même hôpital, avec cette substance en solution dans

un véhicule légèrement acidulé, un douzième et même un seizième de grain ont constamment produit les effets ordinaires de l'élatérium. Voici la manière dont cette solution était composée : R. Elatérine gr. j; alcool, ℥ j; acide nitrique, gut. IV; faites dissoudre. Dose : de trente-six à quarante gouttes dans une demi-once d'eau de cannelle.

» Enfin, je l'ai administrée dans un cas d'anasarque avec le plus grand succès, et elle a toujours déterminé des évacuations très-abondantes. (*The Edinburgh med. and. surgical Journ.* Avril 1351.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Fin septembre et octobre 1831.)

Aérolithe. — Choléra-morbus de la Mecque. — Emploi alimentaire de la gélatine. — Semences des graminées. — Présentation de candidats. — Bromure de silicium. — Observations faites sur les cadavres des cholériques. — Cure radicale de l'hydrocèle. — Incoërcibilité du fluide magnétique. — Conformité organique dans l'échelle animale. — Magnétisme terrestre. — Procédé pour dissoudre la gélatine.

SÉANCE DU 12. Le ministre des travaux publics adresse un fragment de l'aérolithe tombé à Vouillé. Sa couleur est un beau gris cendré, sa croûte est noirâtre et luisante. MM. Thénard, Brogniart, Cordier et Berthier sont chargés d'en faire l'analyse chimique et microscopique.

M. Berlard, médecin français, établi à St-Pétersbourg, adresse un mémoire sur le choléra-morbus.

M. Colombot demande qu'il soit rendu compte de son mémoire sur la mesotropie.

M. Vergnaud adresse des bandelettes en tissu de soie trouvées dans le cercueil de Philippe Ier, qui comptent par conséquent sept cent vingt-deux ans de conservation. Il prie l'Académie de faire faire l'examen de cette soie et des couleurs qui y sont fixées. Renvoyé à MM. Thénard et Chevreul.

M. Mauvo Rusconi écrit à l'Académie qu'au retour de son voyage il se proposait d'établir à Pavie des cours d'anatomie comparée, quand un nouveau plan d'études formé à Vienne est venu *frapper d'anathème l'anatomie comparée, comme une science qui ne saurait être utile qu'à l'art du vétérinaire.*

M. Félix D'Arcet, correspondant industriel du pacha d'Égypte, envoie une lettre qui lui a été adressée par M. Mimaut, consul-général de France en Égypte. Cette lettre offre une relation de ce qui s'est passé à la Mecque, où une grande caravane de dix-huit mille pèlerins en a perdu douze mille, par suite de l'invasion d'une maladie qu'on dit être le choléra des Indes. Cette maladie s'est montrée dans les derniers jours du mois de charval et dans les premiers de zilcadé, qui correspondent à la première moitié de mai. C'était l'époque de la réunion des pèlerins, venus de toutes les parties de l'empire pour visiter les saints lieux et faire les sacrifices. L'invasion de la maladie fut rapide, instantanée. Des individus, dans un état de bonne santé, tombaient à terre, vomissaient, devenaient froids et mouraient sur place. En recherchant les causes de cette mortalité si imprévue, on était disposé à l'attribuer au manque d'eau. Dans le mois de charval, de grandes pluies continues et les torrens qu'elles avaient formés avaient détruit les conduits qui portaient l'eau à la Mecque, de sorte que l'on se trouvait privé d'eau douce. Les médecins ne partageaient point cette opinion; ils ont cru reconnaître dans ce mal l'importation du choléra-morbus par une foule de pèlerins de la Perse, des Indes, de l'Yémen et d'autres pays

en proie à ce fléau. En outre, les médecins européens, en petit nombre dans l'Hedjan et la Mecque, ont observé dans l'état de la température et de l'atmosphère les causes et les conditions du développement de la maladie. Ils les trouvaient dans l'excès de la chaleur, qui s'est constamment maintenue à 31° R. ou 38° 3/4 C°, dans les grandes pluies qui ont produit une humidité délétère; dans la continuité des vents de sud et de sud-est, dans le nombre prodigieux de pèlerins venus des lieux infectés, entassés les uns sur les autres dans un petit espace, dans le mélange des hommes sains et des malades, dans l'irrémédiable habitude de porter l'habillement des personnes mortes infectées ou plus que suspectes; dans l'usage des alimens de mauvaise qualité et des fruits verts ou pourris, et dans les fatigues inexprimables du voyage.

M. Arago communique une lettre de M. Matencci sur les interférences de la chaleur obscure, et fait part ensuite de quelques objections dont les expériences du savant Italien lui paraissent susceptibles.

M. Girou de Buzarcingues lit un mémoire sur le labourage.

MM. Huzard et Sylvestre font un rapport sur un mémoire de M. Girou de B..., relatif à l'amélioration des moutons, des bœufs et des chevaux. Les conclusions sont qu'il est digne d'intérêt et qu'il mérite l'approbation de l'Académie.

M. D'Arcet lit une note sur l'emploi alimentaire de la gélatine, en réponse au mémoire et à la lettre que M. Donné a lus à l'Académie. Le travail de M. Donné contient deux séries de faits: il a essayé l'usage de la gélatine sur lui-même, et il a nourri des chiens avec cet aliment. M. Donné paraît ne pas s'être rendu compte, dans ses expériences, 1° de la quantité exacte d'alimens secs qu'il a employés; 2° il n'a point eu égard à l'influence avantageuse que peuvent avoir, dans de tels essais, l'usage du sel; 3° il n'a point tenu compte du dosage des alimens solides. M. D'Arcet, dans cette note, s'est attaché à ramener la question au point où elle doit être.

En ramenant, dit-il, à l'état sec, par le calcul, tous les ali-

mens pris par M. Donné, pendant les cinq jours qu'il s'est nourri avec la gélatine sucrée et le pain, on trouve qu'il a consommé dans ce laps de temps :

Gélatine sèche.	114 grammes
Pain, calculé à l'état sec. .	275,625
Total. .	459gr.,625

En opérant de même pour les alimens pris par M. Donné, pendant les cinq jours qu'il s'est nourri par le procédé ordinaire, on voit qu'il a consommé, dans le même espace de temps :

Extrait de bouillon sec. .	78 grammes
Viande desséchée.	55
Pain sec.	831,25
	964gr.,25

On voit, d'après cela, que dans ces deux genres d'alimentations il a pris :

1° Dans l'alimentation par la gélatine. 459 gr. 625 d'al. secs
2° Dans l'alimentation ordinaire . . . 664 gr. 25 id.

Il est aisé de se convaincre que M. Donné, en se nourrissant avec la gélatine, n'a pas pris la moitié de la substance alimentaire dont il a fait usage quand il s'est nourri avec du bouillon ordinaire, de la viande et du pain. On trouve, en outre, qu'en employant la gélatine il a pris quarante d'alimens en dissolution contre soixante d'alimens solides ; tandis qu'en se nourrissant comme de coutume, il n'a réellement consommé que huit d'alimens pris en dissolution contre quatre-vingt-douze de substance alimentaire non dissoute.

Par cet aperçu, il est aisé de voir que les expériences de M. Donné sont erronées, et qu'on doit se tenir en garde contre la défaveur qu'il a voulu jeter sur un genre d'alimentation qui semble offrir un si puissant secours aux hospices et aux indigens. Quant à ses expériences sur les deux chiens, nous croyons de-

voir les passer sous silence, parce que l'on a obtenu des résultats contradictoires.

M. Donné a transmis depuis à l'Académie l'extrait d'une lettre de M. Desjobert, dans laquelle on lit que de six veaux, alimentés par la gélatine, trois sont morts en peu de jours et les trois autres se sont mal trouvés de ce régime. M. D'Arcet répond que, de tous les animaux sur lesquels on pouvait tenter l'alimentation par la gélatine, les herbivores étaient ceux qui présentaient le moins de chances de succès. Outre cela, M. Desjobert a nourri, comparativement, des veaux avec dix-huit litres de lait par jour, et d'autres avec dix-huit litres de dissolution de gélatine; ou, en faisant usage du lait, il a donné à chaque veau, en vingt-quatre heures,

Beurre	162 grammes
Matière caséeuse sèche.	630
Sucre de lait	720
Substances salines et matière extractive.	188
Total. .	1700 grammes de

substances alimentaires sèches; en nourrissant un veau avec dix-huit litres de gélatine, on ne lui a donné que

Gélatine sèche	360

Ce qui fait de quatre à cinq fois moins d'alimens secs. Ajoutons que, dans le premier cas, le lait se caillant en arrivant dans l'estomac, le veau a réellement reçu :

Alimens solides.	792 grammes
Alimens secs	908 tenus en dis-

solution ; tandis que, dans le second cas, on ne lui a pas donné d'aliment concret et qu'il n'a, en outre, eu dans ce cas, pour se nourrir, que trois cent soixante de gélatine sèche, en solution dans dix-huit litres d'eau. Il est donc évident que les trois veaux de M. Desjobert ne sont point morts par l'effet de la gélatine, mais bien qu'ils ont péri de faim, et que la même cause a influé sur les trois autres, qui se sont mal trouvés de ce régime.

Les expériences de MM. Donné et Desjobert, se trouvant entachées d'une semblable inexactitude et d'une si grave erreur, tombent donc devant l'examen consciencieux des faits, à l'appui desquels viennent se grouper le rapport fait à la faculté de médecine de Paris, par MM. Pelletan, Vauquelin, Duméril, Leroux, Dubois, et les succès obtenus de ce mode d'alimentation à St-Louis, à l'Hôtel-Dieu, à Remiremont, Reims, Metz, etc.

SÉANCE DU 19. — M. Warden adresse une note relative à la population des États-Unis en 1830; elle s'élève à 12,793,697, dont : gens de couleur libres 339,360 et 2,011,320 d'esclaves. L'augmentation en dix années, depuis le dernier recensement, a été de 3,155,493, environ le quart en sus.

M. de Larue adresse un ouvrage ayant pour titre : *De la peur et de la folie des gouvernemens de l'Europe au sujet du choléra-morbus.*

M. Desruelles envoie un précis physiologique de cette maladie, et M. Millengen des observations sur la nature et le traitement du choléra-morbus d'Europe et d'Asie.

M. Dugès présente un mémoire intitulé : *Additions aux recherches sur l'ostéologie et la myologie des batraciens, à leurs différens âges. Commissaires :* MM. Cuvier et Duméril.

M. Girou de Buzareingues adresse à l'Académie deux expériences; la première sur la question de savoir s'il est économique d'employer pour semence les grains les plus petits et de modique valeur dans le commerce. En 1830, il a semé séparément, sur deux parties d'un champ d'égale qualité, un demi-hectolitre de belle avoine et autant d'avoine qui avait passé à travers un crible. L'un et l'autre ont produit sept hectolitres d'avoine ; mais celle qui provenait de la semence grosse pesait un quinzième de plus que celle de la petite avoine. Si l'on a égard à cette différence, à la plus grande étendue de terrain occupé par cette dernière, et, d'un autre côté, à l'économie résultant de la moindre valeur qu'ont eue dans le commerce l'avoine petite, le produit donné par

l'avoine grosse et celle de cette dernière :: 9 : 7; il y a donc une perte de près d'un quart à semer de petite avoine au lieu de grosse. Cette perte se réduit au cinquième si l'on met en ligne de compte la plus value de la paille de l'une sur celle de l'autre, comme étant plus fine et meilleure.

La seconde expérience est relative à la préparation de la semence, afin de préserver la récolte de la carie. D'après ses essais, l'auteur n'a obtenu aucun succès de l'immersion du blé, 1° la veille de l'ensemenement dans une forte lessive de cendres presque bouillante; 2° de l'immersion d'une autre partie le jour même de l'ensemencement; 3° de cette même immersion le jour de l'ensemencement, d'une autre partie, dans cette lessive tiède. M. Girou conclut qu'on doit repousser comme semence le blé coupé avant la parfaite maturité et provenant d'une récolte infectée de carie.

M. Browem-van-der-Broyen, van Coppenaal et H. Pinet adressent une nouvelle lettre sur la fabrication de bouillon par la compagnie hollandaise.

Plusieurs rapports sont faits par MM. de Mirbel, Sylvestre, Auguste St-Hilaire, Mathieu, etc., sur les mémoires de physiologie végétale et d'agriculture de MM. Dutrochet et Girou de Buzareingues, candidats pour la place vacante dans la section d'économie rurale.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret. La section d'agriculture présente pour la place vacante dans son sein : MM. Michaud, Huzard fils, Baudrillard, Poiteau, Soulange-Bodin, Virey, et laisse à juger à l'Académie si MM. Mathieu de Dombasle, Girou de Buzareingues et Dutrochet peuvent être admis sur cette liste, quoique n'étant pas actuellement domiciliés à Paris. Un membre présente un acte de déclaration de domicile fait à la mairie du deuxième arrondissement de Paris, par M. Dutrochet : en conséquence il est porté sur la liste. Le mérite des candidats est discuté. L'élection aura lieu à la prochaine séance.

SÉANCE DU 26. — MM. Talrich et Halma Grand déposent un paquet cacheté relatif à un liquide hémostatique.

M. Constant Prevot annonce son arrivée à Toulon et son prochain départ pour l'île qui vient de surgir près de Naples.

M. Arago communique une lettre de M. de Blosseville, dictée de Navarin, dans laquelle on trouve la forme et la position de la nouvelle île.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre de la section d'économie rurale. Sur quarante-deux votans, M. Dutrochet réunit vingt-huit suffrages, M. Michaud huit, M. Girou de Buzareingues trois, MM. Huzard, Virey et Mathieu de Dombasle un chacun. M. Dutrochet est élu.

M. Cagnard Latour lit un second mémoire sur l'effet sonore produit par les solides de révolution qui tournent avec une grande vitesse. *Commissaires* : MM. Dulong et Savart.

M. Sérullas lit un mémoire sur un nouveau composé de brôme et de silicium. On prépare le composé de la même manière que M. Oërstedt l'a fait pour le chlorure de silicium, c'est-à-dire en mêlant à l'acide silicique hydraté et desséché jusqu'à un certain point de noir de fumée, de sucre pulvérisé et une quantité suffisante d'huile pour former une pâte homogène, qu'on calcine dans un creuset couvert. La quantité de carbone que renferment les différentes substances du mélange doit dépasser la moitié du poids de l'acide silicique employé. Le résidu charbonneux et spongieux de la calcination est introduit en petits fragmens dans un tube de porcelaine; on adapte à l'une de ses extrémités une petite cornue contenant le brome et à l'autre une allonge, qui se rend dans un ballon entouré de glace, et portant à sa tubulure un tube long, terminé par une ouverture étroite. Le tube de porcelaine était incandescent; on volatilise peu à peu le brome à l'aide de la chaleur. Le bromure de silicium se produit et se condense sous forme liquide dans l'allonge et le récipient. L'opération terminée, on redistille le produit, après l'avoir agité dans la cornue avec du mercure pour enlever l'excès de brome qu'il contient, ce qui donne lieu à un *magma*

plus ou moins épais, paraissant à peine contenir du liquide, quoiqu'on en retire une assez grande quantité par la distillation.

Le bromure de silicium distillé, entre en ébullition de 148 à 150 degrés; sa densité est plus grande que celle de l'acide sulfurique, car il se précipite assez rapidement à travers le liquide dans lequel il se décompose lentement, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'il est converti en acide silicique et en brome, le dernier étant le résultat de la réaction subséquente de l'acide sulfurique sur l'acide hydro-bromique.

Le potassium agit fortement sur le bromure de silicium à l'aide d'une forte élévation de température; il en résulte une violente détonation qui brise constamment le tube. M. Sérullas a profité de cette occasion pour comparer quelques-unes des propriétés du bromure et du chlorure de silicium. Il a donc constaté :

1° Que le point d'ébullition du chlorure du silicium, qui n'avait pas été bien déterminé, est à 50 degrés; le bromure ne bout qu'à 150 degrés.

2° Que ce même chlorure qui va au fond de l'eau surnage l'acide sulfurique à la surface duquel il se décompose en acide silicique et hydro-chlorique; le bromure est plus pesant que l'acide sulfurique.

3° Le potassium n'éprouve pas d'action sensible dans le chlorure de silicium en ébullition; une légère chaleur suffit pour déterminer une action violente de ce métal sur la brômure, ce qui doit dépendre de ce que le potassium entre en fusion avant l'ébullition du bromure, et qu'au contraire le chlore bout avant cette fusion qui n'a pas lieu dans celui-ci. En effet, si l'on fait tomber dans le bromure de silicium du potassium, qui, ayant été exposé à l'air, commence à se liquéfier, la détonation a lieu immédiatement.

4° Que le chlorure de silicium peut être refroidi au delà de 20—0, sans perdre sa liquidité, tandis que le bromure de silicium se solidifie de 12 à 15.

Le bromure de magnésium s'obtient comme le précédent par un mélange interne du charbon et de carbonate de magnésie;

il est difficile de l'avoir pur, parce qu'il n'est pas volatil et qu'il n'entre en fusion qu'à la chaleur rouge. Alors, à mesure qu'il se forme, une partie est emportée par le gaz oxide de carbone dans l'allonge et le ballon, qui en sont obscurcis, sous forme d'une poudre grisâtre, mélange de chlorure de magnésium, de magnésie et de charbon; une autre portion reste au bout du tube de porcelaine et dans la première partie de l'allonge qui y correspond sous forme d'une masse fondue, plus ou moins pure, blanchâtre et cristalline. Ce bromure attire puissamment l'humidité de l'air; il agit vivement sur l'eau avec bruit et développement de chaleur.

Séance du 3 *octobre*. M. Tanchou annonce avoir obtenu de nouveaux succès de sa méthode lithotritique.

M. Lainé écrit à l'Académie que, depuis 1826, il a établi à Saint-Denis une fabrique de gélatine qui occupe vingt-deux ouvriers, et consomme journellement de 15 à 1600 d'os frais. Cette gélatine est achetée par les hôpitaux civils et militaires, les confiseurs, droguistes, pharmaciens, restaurateurs, armateurs, etc., ainsi que par toutes les nations voisines. M. Lainé consacre le restant de sa lettre à réfuter l'opinion de M. Donné, qui révoque en doute les propriétés nutritives de la gélatine.

M. Fontaine écrit sur le même sujet, en se plaignant du mal que peut faire une opinion si mal fondée. En 1830, quatre milliers de gélatine de bœuf ont été livrés, dit-il, à l'établissement que je dirige, soit pour le bouillon, soit pour les gelées; puis 1500 pieds de mouton : et, en 1831, je suis loin d'attendre la moitié de celle de bœuf; seulement dans l'intérêt de l'humanité, il est urgent que cette grave question soit promptement jugée.

M. Larrey annonce qu'il vient de recevoir de Varsovie une lettre de M. Guyon, relative à des observations sur les cadavres des cholériques.

Un phénomène fort curieux, dit-il, et que j'ai observé le premier, nous est souvent offert sur les cadavres. Il consiste en deux mouvemens un peu lents, mais à la fois très-étendus et

très-énergiques des extrémités supérieures et inférieures, surtout des doigts et des orteils; c'est à Koto, et chez un juif, que je l'ai observé pour la première fois. Comme il me paraît propre à jeter quelque jour sur la nature de la maladie, je vous prie d'en faire part à l'Institut. J'ai cru remarquer qu'il ne s'offrait que dans les parties qui avaient été le siége des crampes. Il cesse au fur et à mesure que s'approche la raideur cadavérique; l'exposition des cadavres au soleil l'entretient, et on l'excite par des irritations, telles que des piqûres d'épingles sur les muscles qui en sont le siége. Du reste, chez presque tous les sujets qui ont succombé au choléra, et long-temps encore après la mort, on obtient par le même moyen des contractions très-énergiques des différentes parties de système musculaire. Les contractions obtenues de la même manière dans les derniers temps de la maladie, offrent ceci de remarquable, que les sujets n'en ont pas la conscience, bien qu'ils puissent jouir de toute leur connaissance. L'auteur ajoute que la putréfaction des cadavres a lieu peut-être moins vite qu'à la suite des morts accidentelles; ceci tient sans doute à ce que la chaleur s'y conserve fort long-temps. Il faut donc mettre de côté tout ce que l'on a dit de la prompte putréfaction des cadavres dans l'Inde.

M. le curé Martini envoie de Prusse un extrait d'un manuscrit latin, nommé *Almanzor*, roi des Sarazins, des x[e] et xi[e] siècles, sur le traitement du choléra-morbus. Cet ouvrage a été imprimé en 1540. Les formules des médicamens qu'on y trouve consistent en eau de tormentille, thériaque et vinaigre. — En poudre de tormentille, thériaque et eau vinaigrée. — En macis, martii, céruse et huile rosat.

M. Larrey lit un mémoire sur les avantages d'un procédé opératoire particulier qu'il a imaginé au commencement de ce siècle pour la cure radicale de l'hydrocèle, suivi d'une Notice sur une autre maladie analogue qu'il nomme hydrocèle vésiculeuse ou hydatique. La première partie de cet intéressant travail a été insérée dans la *Clinique chirurgicale* de l'auteur; nous nous bornons à reproduire la seconde, qui nous paraît mériter l'attention des chirurgiens.

conservé intact, sa forme irrégulière et les changemens qu'elle éprouvait, selon les circonstances, dans son volume, avaient induit en erreur plusieurs chirurgiens de mérite auxquels nous l'avions fait voir. Les uns la prenaient pour une entérocèle; presque tous, pour une épiplocèle. Lorsque le grenadier restait quelque temps debout, la tumeur se développait jusqu'au dernier degré de son diamètre; elle avait alors la grosseur et la forme de l'un de ces gros œufs de poule qui renferment deux germes, également déprimée dans son milieu par un sillon transversal. Dans cet état, elle causait au malade de vives douleurs et des tiraillemens dans le bas-ventre, accompagnés de défaillance et de maux d'estomac. Lorsqu'il était couché horizontalement sur le dos, les cuisses fléchies, la tumeur se réduisait de la moitié de son volume et paraissait rentrer dans le bas-ventre, d'autant mieux qu'elle s'engageait, en effet, dans une partie de l'anneau qui était très-dilaté. Cette tumeur était peu fluctuante, bosselée et indolente. La pression ne causait aucune douleur au malade; et, quoique exercée avec un peu de force, elle ne faisait point rentrer la tumeur dans le bas-ventre.

Un mouvement contractile, que nous aperçûmes dès notre première visite sur sa suface, nous avait assuré que ce ne pouvait être qu'une masse d'hydatides : nous fîmes quelques essais. Le repos et l'extension de la cuisse du même côté faisaient développer la tumeur, et, à moins de quelques mouvemens de la part du malade ou d'attouchemens brusques, elle restait *in statu quo* : mais si alors on y appliquait subitement un corps froid, ou une substance plus ou moins volatile, telle que l'ammoniaque, la tumeur se fronçait, se réduisait de volume et s'enfonçait en grande partie dans l'anneau. Si l'on ne répétait point l'expérience, elle ressortait et se déployait de nouveau pour reprendre sa forme ordinaire et son premier volume. On reproduisait ce phénomène à volonté, en usant des mêmes moyens. Les bourses ne participaient en rien à ces mouvemens. Nous en donnâmes l'explication dans l'une de nos leçons de clinique, par la certitude que nous avions acquise, que les hydatides étant vivantes et ayant la

propriété de se contracter, elles éprouvaient ces changemens dans les diverses circonstances que nous avons notées.

A cet égard, nous rapporterons quelques expériences que nous avons eu occasion de faire pendant notre première campagne de Pologne. Nous avions remarqué que les moutons appartenant à l'administration de l'armée, qu'on laissait paître dans les marais, au commencement du printemps, maigrissaient sensiblement et prenaient du ventre; qu'enfin ils périssaient. Curieux de savoir quelle était la cause de cette mort, nous en fîmes ouvrir plusieurs sous nos yeux, et nous visitâmes aussi les boucheries de l'armée pour voir ceux qui n'avaient pas encore donné de signes de maladie.

Chez tous ceux qui avaient été dans ces pâturages on trouvait des hydatides plus ou moins volumineuses, unies au mésentère et aux intestins; nous en détachâmes plusieurs, et à différentes époques, du ventre des moutons que l'on venait de tuer. Nous enlevâmes avec soin leur enveloppe extérieure (ce qui est assez difficile, parce qu'on est exposé à crever la tunique propre de l'animalcule; il faut, pour éviter cet inconvénient, avoir une grande habitude de disséquer). Nous possédâmes ensuite l'hydatide dans son isolement parfait; sa tunique, remplie d'une liqueur transparente, albumineuse, vue à une grosse loupe, était parsemée de petites fibres motrices très-déliées, contournant le corps du ver vésiculaire que nous croyons être un cysticerque. La tête, supportée par un cou plissé et plus ou moins grêle, selon la grosseur de l'hydatide, se présentait sous la forme d'un tubercule arrondi. Ces animalcules, ainsi isolés et plongés dans l'eau tiède, se conservaient vivans des heures entières. On les faisait contracter à volonté par le contact d'un stylet d'acier, et on leur faisait faire de légers mouvemens d'ondulation.

Nous revenons maintenant à notre observation. Le malade ayant consenti à l'opération que nous lui proposâmes, nous procédâmes aussitôt à l'extirpation de la tumeur. Pour conserver les hydatides vivantes, que nous avons reconnues être de la même

nature que celles qui se trouvèrent dans les entrailles des moutons, nous coupâmes, à l'aide d'un bistouri convexe, et en formant un pli transversal, la peau qui recouvrait la tumeur, que nous isolâmes ensuite entièrement par des dissections bien ménagées; elle était composée de deux portions unies entre elles, ayant chacune la grosseur d'un marron d'Inde. Les contractions furent alors plus évidentes. Nous espérions pouvoir détacher entières ces grappes vésiculeuses; mais, au moment de les enlever, un mouvement inconsidéré du malade les fit crever. Nous n'eûmes alors que les pédicules à couper, et l'extirpation en fut complète.

Le testicule se trouva dénudé d'une grande partie de sa tunique vaginale, parce que les hydatides qui s'étaient développées dans son épaisseur ou à sa surface, l'avaient envahie. Nous rapprochâmes les bords de l'incision, après avoir enfermé l'organe dans le dartos, et nous terminâmes notre pansement par l'application d'un bandage contentif un peu serré. Un nouvel effort du malade fit déranger l'appareil pendant la nuit; le testicule sortit de sa nouvelle poche et fit hernie. L'irritation survint avec l'inflammation et tous les accidens auxquels le déplacement de cet organe donne lieu. C'est dans ce cas que la suture convient, et qu'elle sert même à prévenir cette hernie. Nous l'aurions sans doute pratiquée, si nous n'avions compté sur le repos parfait de ce grenadier. Cependant nous fûmes assez heureux pour dissiper promptement cette inflammation, et obtenir graduellement la rentrée du testicule dans son domicile habituel. Enfin, ce militaire ne tarda point à se rétablir, et il sortit de l'hôpital dans une parfaite santé, le trente-et-unième jour de son opération.

Depuis que cette opération a été recueillie, trois autres militaires et un quatrième sujet en ville, nous ont présenté le même genre de maladie. Le procédé opératoire que nous venons de décrire a réussi chez les deux premiers, mais il a été insuffisant pour les deux derniers chez lesquels la maladie est restée stationnaire. Néanmoins des frictions mercurielles locales ont considérablement réduit la tumeur vésiculaire aqueuse du quatrième. Ayant vu le malade depuis, nous nous sommes convaincus que la résolution a été complète.

Ces faits prouvent, contre l'assertion de plusieurs praticiens recommandables, que ce genre d'hydrocèle, déterminé par les hydatides, existe réellement.

Séance du 10 octobre. L'Académie procède à l'élection d'un candidat pour la chaire de professeur de physique, vacante à l'Ecole polytechnique par la démission de M. Pouillet. Sur 43 votans, M. Despretz, ayant réuni 31 suffrages, est élu.

Séance du 17. M. le docteur Haldat lit des recherches sur l'incoërcibilité du fluide magnétique. Il conclut des expériences énoncées dans son Mémoire :

1°. Que l'agent, le fluide par lequel on explique les phénomènes magnétiques, est *incoërcible ;*

2°. Que le fer, considéré comme faisant exception à cette loi, ne peut coërcer l'influence magnétique qu'en acquérant lui-même le magnétisme ;

3°. Que l'incandescence ne donne nullement aux corps le pouvoir de coërcer l'influence magnétique.

M. Hatchett est élu membre de la section mécanique en remplacement de M. Sallé, décédé.

M. Dugès lit un mémoire ayant pour titre : *Conformité organique dans l'échelle animale.*

Réduire les lois et les phénomènes, dont l'ensemble constitue la zoologie, à un principe unique et fondamental qui serve de base à tout l'édifice, de lien à toutes les parties, tel est le but que s'est proposé M. D. Jusqu'ici tentée sans succès complet, l'exécution de ce dessein a du moins produit de nombreux travaux que l'auteur a mis à profit ; aussi, loin de se mettre en opposition déclarée avec ceux qui l'ont précédé dans cette carrière, il adopte une bonne partie de leurs idées, et ne revendique, pour sa part, que l'honneur du choix des matériaux et quelques développemens, quelques ampliations de principes déjà connus, mais obscurément, partiellement, imparfaitement énoncés.

Admettant complètement, avec M. Geoffroy de Saint-Hilaire, que la structure de tous les êtres organisés et vivans peut être

analytiquement rapportée à une formation commune, il pense, avec M. Cuvier, que cette formation peut se présenter sous plusieurs types ou plans différens; et que là même où l'on veut démontrer l'analogie de deux plans différens mais peu distans, c'est dans la masse des organes et non dans les menus détails qu'il faut établir la comparaison. En outre, pour la suivre avec fruit, et pour reconnaître avec évidence par quelles modifications successives l'organisation la plus simple peut conduire à la plus compliquée, il ne faut pas se borner, comme on l'a fait jusqu'ici, à étudier le nombre, la forme, les rapports, etc., des organes entre eux. Considérant chaque animal dans son entier et comme individu, il faut envisager chacun de ces êtres comme composé d'un nombre plus ou moins considérable d'êtres élémentaires, renfermant chacun un système complet d'organes, constituant chaqun un *organisme*. Un organisme est comme un animal simple pourvu souvent de tout ce qu'il faut à la vie individuelle, plus souvent réuni, groupé, soudé, confondu avec d'autres organismes pour constituer un animal entier. Ainsi dans les radiaires, on voit quatre ou cinq organismes, tous semblables, accollés et disposés en cercle: dans les annélides, les myriapodes, la symétrie est binaire; deux organismes *réunis* forment un segment ou anneau, et la répétition de ces organismes compose l'animal entier. Dans chaque segment on trouve un centre nerveux, un renflement et des anses circulatoires, des organes de respiration, de digestion et même de génération (sangsues) particuliers; enfin chacun est le plus souvent pourvu d'une paire de membres ou appendices locomoteurs.

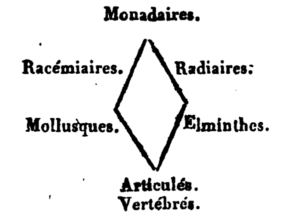
La soudure de ces organismes se conçoit parfaitement par analogie, quand on refléchit à l'agrégation même d'animaux complets, comme les polypiers à polypes, les ascidies composées, les monstres doubles, chez les animaux vertébrés. C'est là ce que M. D... nomme *coalescence*. La coalescence est en général d'autant plus complète qu'on monte plus haut dans l'échelle animale; aussi les vertébrés ne présentent-ils que des traces difficiles à saisir de leur composition élémentaire, des traces que l'analyse physiologique et la filiation des modifications dans les

degrés successifs de l'échelle peuvent seule faire apprécier. La coalescence ne se fait pas non plus au même degré dans les différens appareils ; les organes circulatoires et digestifs se centralisent, se confondent dans une seule masse bien plus promptement que le système nerveux, que les organes respiratoires et locomoteurs. Cette centralisation contribue beaucoup à rendre plus complète l'*individualité* de l'animal, déjà en partie constituée par la soudure des organismes considérés en masse. C'est dans le système nerveux que l'auteur suit avec plus de détails les progrès de la coalescence et puise les preuves de sa théorie. Il le fait voir composé de ganglions ou centres isolés, un à chaque segment chez les annélides, les myriapodes, les larves d'insectes, les crustacés allongés ; réunissant et fondant en plusieurs masses encore éloignées et séparées par un assez grand espace plusieurs de ces ganglions chez les insectes parfaits, chez les crustacés courts ; formant une masse unique et continue, mais diversement renflée, chez les vertébrés. Il rappelle qu'un même animal, à différens âges, présente les mêmes modifications que plusieurs animaux placés à divers degrés de l'échelle ; ainsi les ganglions de la jeune écrevisse, séparés totalement et d'avant en arrière les uns des autres, se rapprochent et se confondent par les progrès de l'âge ; ainsi quatre des treize ganglions de la chenille se soudent à leurs voisins pour n'en laisser que neuf au papillon.

Appliquant ces données générales à la série des animaux connus, M. D... croit devoir les partager en sept grandes divisions, dont chacune offre des particularités de structure qui n'empêchent qu'on ne puisse aisément trouver le point de transition des unes dans les autres.

Une première division, celle des *monadaires*, comprend des êtres simples et à un seul organisme (monades, acéphalocystes, etc.) Dans une seconde on voit des organismes insérés, le plus souvent, sur une tige commune et disposés en grappe ou en bouquet (*physsophores*, *stéphanomies*, *échizophyses*, etc.) ; ce sont les *racémiaires*, mot nouveau dont l'auteur a jugé la création indispensable, aussi bien que l'établissement de la division qu'il caractérise.

De là, par une coalescence graduelle, on arrive aux *mollusques* en partant des physalies et passant par les ascidicus; et des mollusques on peut s'élever aux *articulés*, par l'intermédiaire des cirrhipèdes. Voilà quatre des sept divisions; une cinquième est celle des *vertébrés*, auxquels on peut arriver, sans grandes difficultés, par les crustacés décapodes, comme il sera dit plus loin. On a ainsi laissé en arrière deux divisions, qui, en effet, ne peuvent s'intercaler dans la série naturelle que nous venons de présenter; elles constituent une autre voie par laquelle on passe également des monadaires aux articulés. Ces deux divisions sont celle des *radiaires* et celle des *elminthes*. Par conséquent, le synopsis naturel de ces sept divisions ne présente point une liste uniformément continue, mais bien, en quelque sorte, bifurquée dans une partie de son étendue, comme l'indique le tableau suivant :



De l'une à l'autre de ces divisions, le passage le plus important à étudier, parce qu'il a été le plus contesté et le plus travaillé à la fois, et parce que, en effet, il semble contenir, à lui seul, toutes les difficultés du problème, c'est celui des animaux articulés aux vertébrés; aussi M. D... insiste-t-il particulièrement sur le parallèle qu'il établit entre eux. Il repousse d'abord toute analogie entre les parties dures des uns et des autres, et pense que cette analogie trompeuse est ce qui a surtout égaré ses prédécesseurs dans leurs déterminations d'identité. Le squelette, dit-il, a presque complètement disparu chez les invertébrés; à peine en reste-t-il quelques rudimens comme les pièces nommées entothorax, entogastre et entocéphale, dans lesquelles il voit, avec MM. Serre et Audouin, de véritables vertèbres; la tête n'est que la peau durcie. Mais, en considérant les diverses par-

ties du corps l'une après l'autre, malgré la grande différence qui vient d'être signalée, on peut encore trouver une parfaite analogie entre les vertébrés et les articulés. Chacun sait que la tête des uns et des autres porte la bouche, les yeux, ou renferme un cerveau ou l'équivalent; les mandibules des uns sont représentées par les mâchoires supérieures des autres, mâchoires en partie mobiles latéralement chez les serpens hétérogènes. Les mâchoires proprement dites sont en parfaite analogie chez les animaux à squelette et chez ceux qui en sont privés; la langue se retrouve chez les uns et chez les autres; les pièces hyoïdiennes (en y comprenant les arcs branchiaux des poissons) trouvent leurs corrélatifs dans les pulpes labiaux et les pieds-mâchoires; et, à ce propos, l'auteur fait remarquer, d'après M. Latreille, que les mandibules, les mâchoires avec leur pulpe, la lèvre ou langue avec les siens, les pieds-mâchoires enfin; tous cela ressemble parfaitement aux pieds proprement dits; tout cela n'est rien que les appendices locomoteurs d'autant d'organismes céphaliques et cervicaux tout-à-fait comparables à ceux du reste du corps.

Le thorax des crustacés décapodes, déjà soudé à l'extérieur dans toutes ses parties comme chez les vertébrés, porte cinq paires d'appendices ou de membres; et, au premier abord, c'est une énorme différence entre eux et les animaux à squelette, qui n'ont que deux membres thoraciques; mais M. D... fait observer que, dans ces deux membres, on retrouve les élémens de cinq qui sont confondus par une coalescence analogue à celle de la partie centrale des organismes : il y a, chez l'homme, cinq origines nerveuses et partant cinq centres nerveux pour chaque membre, et les cinq doigts libres représentent les cinq appendices. La coalescence du reste de ces appendices n'est pas plus extraordinaire que celle de deux membres entiers dans certaines monstruosités, et cette coalescence même est graduelle dans son intensité; car aux cinquièmes doigts libres succèdent cinq métacarpiens enveloppés de chair, puis quatre os à la seconde rangée du carpe, puis trois à la première, enfin deux seulement à l'avant-bras et un seul à l'épaule. Toutes ces réflexions s'appliquent exacte-

ment au membre abdominal représenté par les fausses pattes des crustacés.

L'organisation intérieure permet aussi d'établir un parallèle exact entre les êtres qui composent les deux dernières divisions du règne animal, pourvu qu'on regarde avec M. Ampère, comme les mêmes, la face dorsale ou vertébrale des uns, la face ventrale ou sternale des autres. Dès-lors, et par le seul fait d'un changement d'attitude, on trouve dans les mêmes rapports, chez les uns et les autres, le système nerveux, le digestif et circulatoire. Une seule difficulté réelle est présentée par la position du cerveau qui, chez les invertébrés seulement, se trouve du côté opposé à celui qu'occupent les autres centres nerveux. M. D... pense qu'on peut se rendre raison de cette circonstance par la tardive coalescence du système nerveux chez ces animaux, laquelle permet au tube digestif, qui est au contraire très-hâtif dans son développement, de s'avancer entre les filets de communication qui unissent le premier au second ganglion; la même chose ne saurait avoir lieu chez les vertébrés, dont le système nerveux semble être déjà en pleine coalescence dès la première formation, qui précède celle d'un vrai canal intestinal. La formation de ce dernier organe fournit encore à l'auteur un puissant argument en faveur de l'identité de la face dorsale des invertébrés et de la sternale des vertébrés. En effet, on a observé que c'est par ce qu'on nomme le dos chez les araignées et les écrevisses que le jaune ou vitellus communique avec l'intestin formé à ses dépens; tandis que c'est par le ventre qu'ont lieu les mêmes relations chez les oiseaux, les reptiles, les mammifères. Le nombril est donc tourné vers la terre chez les quadrupèdes, vers le ciel chez les animaux articulés, et cette différence ne peut être attribuée qu'à une direction différente des appendices locomoteurs qui rend plus commode aux uns ou aux autres telle ou telle attitude, tel ou tel mode de progression.

Séance du 24. — M. Humboldt communique à l'Académie une lettre de M. Kuppfer à M. Arago, qui renferme un grand nombre d'observations intéressantes sur le magnétisme terrestre, la

météorologie, les positions astronomiques, et sur la non-contagion du choléra à Saint-Pétersbourg. Le voyage de M. Humboldt en Sibérie a donné une vive impulsion aux recherches sur les trois propositions du magnétisme terrestre (l'inclinaison, la déclinaison et l'intensité) dans la partie centrale de l'ancien continent. M. Kuppfer annonce que la ligne d'observations correspondantes des variations horaires, établie par M. Humboldt, s'étend à présent (grâce aux soins de l'Académie de Saint-Pétersbourg) jusqu'à Pékin. L'astronome Fufs, frère du secrétaire perpétuel de l'Académie, a accompagné la mission qui part tous les dix ans pour la Chine. Une maison magnétique, semblable à celles qui existent déjà à Paris, Berlin, Saint-Pétersbourg, etc., a été construite à Pékin. M. Fufs, dans une lettre datée de Pékin, le 22 avril 1831, annonce les observations astronomiques, magnétiques, barométriques et thermométriques qu'il a pu faire à Pékin, depuis le solstice d'hiver. Les observations météorologiques et des variations horaires du magnétisme seront continuées après le départ prochain de M. Fufs, par M. Kowanko, qui restera dix ans à Pékin.

M. Kuppfer a fait récemment l'observation curieuse qu'un barreau aimanté perd une partie considérable de sa force, aussi bien lorsqu'on l'expose à une température au dessous de la plus basse, que lorsqu'on la soumet à une haute température. Le même physicien était occupé d'un projet important sur les variations diurnes, de l'inclinaison et de l'intensité découvertes par M. Arago.

M. Simon, bibliothécaire de la ville de Saint-Dié, adresse une dissertation manuscrite de don Calmet, relativement à l'existence *des dragons volans*, et afin de prouver que tout n'est pas fabuleux dans ce qu'on rapporte de ces animaux. D'après cette dissertation, vers la fin du dix-septième siècle, on aurait vu, dans les Vosges, plusieurs de ces prétendus dragons volans. Un couple de ces animaux, après beaucoup de ravages, aurait été forcé, par les poursuites des habitans, de se réfugier dans un puits large et profond où il aurait été accablé sous des pierres et un amas de bois, auquel on mit le feu. Plusieurs années après

on y trouva des ossemens à moitié brûlés, entre autres la moitié d'une mâchoire, dont M. Simon envoie le dessin, et que M. Cuvier déclare appartenir à la tête d'un cochon.

M. Geoffroy Saint-Hilaire prie l'Académie de nommer un autre commissaire pour le remplacer dans la commission qui doit s'occuper de l'examen du travail de M. Dugès sur la conformité organique dans l'échelle animale, attendu, dit-il, que la délicatesse ne lui permet pas d'être juge et partie dans cette affaire. M. Magendie est nommé.

M. Julia de Fontenelle envoie la lettre suivante :

« Depuis que la commission, nommée par l'Académie, m'a fait l'honneur d'accepter ma proposition, et que j'ai été appelé à rédiger avec M. D'Arcet un projet d'alimentation au moyen de la gélatine, j'ai commencé à me livrer à divers essais, tant pour confectionner le bouillon des os, que pour obvier aux reproches qu'on lui a adressés sur sa préparation. N'ayant, sur ce point, presque rien trouvé dans les utiles écrits de M. D'Arcet, j'invoquai ses conseils et son expérience pour me diriger dans les miennes. Depuis, j'ai été consulté par quelques expérimentateurs, d'abord comme moi inhabiles, maintenant plus éclairés. C'est ce qui m'a engagé à présenter à l'Académie plusieurs faits qui pourront devenir utiles à quelques personnes.

» On lit, dans tous les ouvrages de chimie, que la gélatine est très-soluble dans l'eau bouillante ; rien n'est cependant plus contraire à la vérité. En effet, on a beau faire bouillir de la gélatine pure dans l'eau, elle ne s'y dissout qu'en petite quantité ; encore même, n'est-ce en partie qu'en éprouvant un commencement d'altération, que nous ferons bientôt connaître. Si l'on ajoute à l'eau un acide ou un alcali, alors la solution de la gélatine devient facile, voilà pourquoi celle que l'on met dans un pot au feu, contenant de la viande dans les proportions requises, s'y dissout, tandis qu'on ne peut y dissoudre environ 0,02 de gélatine pure extraite des os par l'acide hydro-chlorique. Il n'en est pas de même de celle qui en est retirée au moyen de l'eau bouillante ou de la vapeur, et qui est ensuite réduite en tablettes constituant la colle, les bouillons solides, etc. Cette gélatine a déjà éprouvé

une altération plus ou moins forte, et elle est alors d'autant plus soluble dans l'eau chaude qu'elle contient plus d'ammoniaque ou mieux de savon ammoniacal; il en est dont cette solubilité ou cette altération est telle qu'il suffit de l'exposer pendant quelque temps au contact de l'air humide pour la voir se ramollir et couler. L'on peut conclure de ces faits que la solubilité de la gélatine dans l'eau est en raison directe de l'altération qu'elle a éprouvée. Celle que l'on obtient à l'état liquide par l'action continuée de la vapeur, par l'appareil de M. D'Arcet, et qui contient environ 0,02 de gélatine, est chargée aussi d'un peu d'ammoniaque; enfin une forte ébullition prolongée du bouillon de viande ou de celui d'os, développe aussi de cet alcali, qui, par suite, favorise la solubilité de la gélatine. Pour l'examiner comme substance alimentaire, il faut donc choisir la moins soluble possible, comme étant la moins altérée. Celle qui est extraite des os par l'acide hydro-chlorique est, par exemple, celle qui convient le mieux (1). On peut la dissoudre aisément dans l'eau au moyen d'un acide ou d'un alcali. Mais comme cette addition est un autre inconvénient, il vaut mieux recourir au moyen suivant, déjà employé avec succès.

» On prend un poids connu de gélatine sèche, on la fait macérer vingt-quatre heures dans l'eau; elle se gonfle, devient très-blanche et acquiert une augmentation en poids de 40 pour 100; alors on l'incise en petits morceaux, on la met dans un vase de terre vernissé; on y verse de l'eau jusqu'à ce qu'elle en soit recouverte d'environ une à deux lignes. On couvre avec son couvercle, et l'on porte ce vase au four dont on vient de sortir le pain. Au bout de quelques heures, quand la solution est complète, on l'en retire et on laisse refroidir. La gélatine, ainsi obtenue, se conserve très-long-temps, et se dissout très-bien dans l'eau bouillante; je dois faire observer qu'elle contient aussi un peu d'ammoniaque, mais dans des proportions bien moins fortes que celle qui a été coulée en tablettes.

---

(1) Celle que j'ai trouvée pure, et dont je fais usage, m'est fournie par M. Fontaine.

» Il est un fait parfaitement reconnu : c'est que tous les bouillons de gélatine d'os sont généralement alcalins, tandis que ceux de viande sont sensiblement acides; voilà pourquoi la gélatine, seulement macérée dans l'eau, s'y dissout dans les proportions convenables, c'est-à-dire qu'une livre de viande, qui donnera un litre de bouillon, dissoudra assez de gélatine pour obtenir environ deux litres de plus.

Le bouillon de gélatine des os a un aspect trouble qui en rend le coup d'œil peu agréable. Cet effet est dû à l'ammoniaque formée pendant l'opération, qui y tient, dans une sorte de dissolution, de l'albumine, des particules tendineuses, et sur lesquelles le blanc d'œuf est sans action. Pour opérer cette clarification, il faut, comme pour les liqueurs animales alcalines, saturer d'abord l'alcali au moyen d'un acide; alors le blanc d'œuf entoure, comme dans un réseau, tous les corps étrangers qui troublent la transparence du bouillon. C'est ce qu'ont probablement oublié de faire MM. les commissaires d'une société savante célèbre, qui ont tenté cette clarification sans succès.

» Ainsi, pour clarifier le bouillon de gélatine osseuse, on doit l'acidifier légèrement au moyen de l'acide acétique, ou mieux des acides tartrique ou citrique, et y délayer ensuite le blanc d'œuf. J'emploie pour trois onces de gélatine sèche, qui donnent près de cinq litres de bouillon, un citron et un œuf. Je pourrais même avec ces proportions en clarifier un tiers de plus. Par ce moyen la solution gélatineuse est très-claire; par l'addition de trois à quatre onces de graisse de pot, en la colorant avec l'oignon brûlé, et, en l'aromatisant au moyen du céleri et autres plantes potagères, j'obtiens une liqueur qui a l'aspect, la couleur et la saveur d'un bon bouillon de viande.

» En retraçant ces faits à l'Académie, je n'ai pas la prétention de lui rien apprendre de nouveau; je n'ai eu pour but que d'être utile à ceux qui désirent de tenter le mode d'alimentation par la gélatine. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Septembre 1831.)

Fonctions involontaires des organes de la locomotion. — Ophthalmie d'Egypte. — Huile de cajeput. — Seringue infirmière. — Strychnine contre le choléra. — Lazaret de Berlin. — Recherches nécroscopiques sur le choléra-morbus. — Litholabe.

Séance du 27. — *De quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion;* par M. Toulmouche. — *Rapport* de M. Louyer-Villermay. En 1815, M. Ytard communiqua à l'Académie l'histoire de quelques malades qui avaient perdu la faculté de régler et de maîtriser leurs mouvemens. Celles que rapporte aujourd'hui M. Toulmouche sont fort analogues aux premières; mais les auteurs ne s'entendent pas sur le siége de ces maladies dans le cerveau; M. Ytard les place dans les corps striés, M. Toulmouche dans le prolongement rachidien et dans ses enveloppes. Ils ont raison sans doute tous les deux; et, si je cherchais bien, je trouverais probablement de bonnes raisons pour les faire dépendre de la lésion de toute autre partie. Et, par exemple, le cervelet, le grand régulateur des mouvemens musculaires, n'aurait-il pas quelque chose à réclamer dans cette charte physiologique? Mais je suis peu porté, je l'avoue, pour une physiologie qui commence par méconnaître la première de toutes les lois, l'harmonie qui lie tous nos organes, et la solidarité qu'ils se prêtent mutuellement.

Ophthalmie d'Egypte; par M. Luzardi.—*Rapport* de M. Bousquet. Après avoir passé par dix mains différentes, ce travail est tombé dans celles de M. Bousquet. Il a dû accepter une tâche que

d'autres avaient cru pouvoir repousser. Au reste, il en est de cet ouvrage comme de beaucoup d'autres : *il ne méritait pas cet excès d'indignité*. L'ophthalmie est une des plaies de l'Égypte. Les médecins arabes l'ont signalée ; les croisés l'ont retrouvée fidèle à la terre d'Egypte, dans leurs invasions sur l'orient. D'où vient-elle, et qu'est-ce qui la produit et la reproduit sans cesse? est-ce la poussière répandue dans l'air ? est-ce le soleil éclatant de ces contrées et le reflet de la lumière sur les yeux ? est-ce la fraîcheur des nuits ? est-ce..... on n'en sait rien. M. Luzardi prétend qu'elle est contagieuse. Cela explique fort bien comment elle se perpétue. M. Roux est du même avis : il ajoute qu'elle perd la faculté de se transmettre en passant à l'état chronique et qu'elle la reprend en revenant à l'état aigu. M. Larrey croit aussi qu'elle peut se communiquer, mais il est plus difficile sur les moyens de communication ; il faut, selon lui, que le virus qui s'écoule de l'œil malade soit porté en nature sur un œil sain : sans cela il n'y a pas de transmission.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE. — *Huile de cajeput.* On a tellement vanté l'huile de cajeput dans les journaux qu'on a éveillé la cupidité de tous les charlatans qui se sont mis en devoir d'en fabriquer de toutes pièces : c'est ce qui a fait dire à M. Bousquet dans l'écrit qu'il vient de publier sur le choléra, sous le titre de *Lettre d'un médecin à un magistrat*, à l'égard de l'huile de cajeput : « J'ai une observation à vous faire. Peu employée en France, il n'y en avait peut être pas six livres dans toutes les pharmacies de Paris, avant qu'il n'eût été question de son efficacité contre le choléra ; et maintenant, il ne tiendrait qu'à vous d'en avoir des tonneaux. Je connais même plusieurs bonnes âmes qui ont fait leur petite provision. Chacun se persuade en avoir de la véritable, car il l'a payée en conséquence. Cela veut dire qu'il s'est trouvé des hommes assez peu délicats pour composer cette huile de toutes pièces, sans réfléchir, je le suppose, que les malades pourraient payer de leur vie cet odieux mensonge. »

Un pharmacien, qui a voyagé dans l'Inde, écrit aujourd'hui

à l'Académie pour désabuser le public, mais par d'autres considérations. M. Piquot-Lamare assure que l'huile de cajeput est peu employée dans l'Inde contre le choléra qu'elle ne pourrait qu'aggraver, à cause de son impression irritante sur le tube digestif. Ces dernières paroles sont de trop; je n'aime pas, en général, qu'on dise d'un remède ni pourquoi il est utile, ni pourquoi il ne l'est pas. Le fait thérapeutique tout nu! c'est le moyen le plus sûr. Les Malais, les Javanais, les Chinois emploient l'huile de cajeput, mais c'est à l'extérieur et contre les rhumatismes chroniques. Ainsi il n'y a pas un seul mot de vrai dans cette proposition avancée par quelques journaux que l'huile de cajeput a sauvé cent neuf malades sur cent dix : c'est une pure fiction; mais ce qui ne l'est pas, c'est qu'elle contient presque toujours de l'oxide de cuivre.

M. Mérat croit qu'il y a un peu trop de sévérité dans ce jugement, et qu'avant de se prononcer ainsi sur un médicament vanté par des médecins éclairés, il faudrait au moins attendre de nouvelles expériences. Dieu veuille que ce point de thérapeutique ne s'éclaircisse pas en France!

M. Boulay se plaint du charlatanisme dont nous parlions tout à l'heure.

M. Lodibert rappelle les travaux de Murray et de M. Guibourt sur l'huile de cajeput. Il y en a deux espèces : la bonne vient de l'île d'Amboise; la mauvaise de l'Inde, dans des enveloppes de cuivre appelées *estagnons*. C'est ce cuivre qui s'unit à l'huile et la teint en vert. Cette huile verte est distillée en Hollande; elle prend une belle couleur jaune citrin. Il faut remarquer que M. Lamare-Piquot s'applique à atténuer les éloges outrés qu'on en a fait, sans en nier les propriétés.

L'huile de cajeput contient en effet du cuivre, mais en si petite quantité qu'elle équivaut à peine a 1/22 de grain par gros, D'ailleurs toutes les espèces n'en ont pas. On en a examiné une qui était vraie; elle était verte quoiqu'elle n'eût pas de cuivre. Il en faudrait beaucoup pour produire cette couleur, laquelle dé-

pend le plus souvent d'un principe végétal particulier : et en effet l'huile de menthe poivrée n'est-elle pas verte ?

Seringue infirmière, de l'invention d'un employé de l'hospice des *Quinze-vingts*. — Rapport de M. Thillaye. Cet instrument ressemble au soufflet hydrostatique de S'Gravesende, et ne présente rien qui puisse le faire préférer à la seringue ordinaire à piston. Il serait même plus prompt à se détériorer, et plus coûteux à réparer.

A cet instant de la séance arrive une lettre ministérielle. Elle annonce que le roi a donné son approbation à l'élection de M. Reveillé-Parise pour occuper une place de membre titulaire dans l'Académie.

SÉANCE DU 11. — *Huile de cajeput.* A l'occasion du procès-verbal, M. Lodibert demande la parole pour rectifier ce qu'il a dit dans la dernière séance ; il a attribué à Murray ce qui appartient à Adam. Il y a une excellente dissertation de cet auteur dans la collection de Schlegel, 1783. Toutes les propriétés de cette huile y sont exposées, et on rappelle entre autres choses qu'elle a été employé avec succès, non contre le choléra, mais contre des coliques atroces.

Du reste, l'erreur de M. Lodibert est peut-être moins grande qu'il ne croit ; car on trouve dans l'*Apparatus medicaminum* de Murray un très-bon article sur l'huile précitée. Il n'y est pas question non plus de son efficacité contre le choléra, mais elle est tellement préconisée dans des maladies nerveuses analogues au choléra, qu'il y a tout lieu de croire qu'elle n'y est pas inutile.

Strychnine. M. Marc communique la lettre d'un médecin français établi dans le nord de l'Europe. Son nom est M. Dreyfus : or, ce M. Dreyfus dit avoir employé avec un succès marqué la strychnine dans le choléra ; il dépouille la peau de la nuque de son épiderme, et en applique deux ou trois grains. Ce qui l'a conduit à cette pratique, c'est la pensée que le choléra était une maladie de la moelle épinière, pensée confirmée, dit-il,

par les autopsies du docteur Baratnisky, lequel a ouvert sept cholériques dont le rachis était enflammé.

M. Emery croit que cette pratique n'est pas sans danger, du moins si la plaie qu'on fait pour recevoir la strychnine est récente; et, si elle est ancienne, l'effet est nul. Du reste, la méthode n'est pas nouvelle. Dans l'Inde on emploie le bois de couleuvre, ou le *strichnos colubrina*, contre le *mordexin*.

M. Double fait observer que rien n'est variable comme les traces que le choléra laisse dans l'organisation. Ainsi, pour quelques cadavres, sur lesquels on a trouvé une phlegmasie de la moelle, il en est trois fois plus où l'on n'a vu rien de semblable.

Cette discussion terminée, M. François lit une lettre particulière de M. Sandras, l'un des commissaires envoyés en Pologne. Elle est datée de Berlin, 1er octobre. Il y est dit qu'à mesure que le choléra met le pied sur une terre civilisée, il semble s'adoucir et se mettre au niveau de la civilisation. Il ne croit pas qu'il soit contagieux. Toutes les précautions qu'on a prises n'ont pu en garantir la Prusse; elles sont plus nuisibles qu'utiles. Le lazaret de Berlin est fort malsain; les quarantenaires y sont trop entassés, et le régime est mauvais; les factionnaires qui en gardent les approches ont ordre de tirer sur ceux qui chercheraient à établir des communications, et ils s'en acquittent avec une horrible exactitude.

M. Marc a reçu des notes où l'on dit justement le contraire. A la vérité, on avait menacé de tirer sur ceux qui violeraient la consigne; mais ces menaces n'ont pas eu de suite, et à présent tout le monde est libre à Berlin.

On annonce au même instant que M. Chamberet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, et envoyé par le ministre de la guerre à Varsovie pour observer le choléra, est présent à la séance. C'est un des plus honorables correspondans de l'Académie. A ce titre, elle le prie de vouloir bien lui faire part de ce qu'il a vu. Après quelques instans d'hésitation, M. Chamberet monte à la tribune et parle à peu près en ces termes:

« Si l'on étudie les causes, les symptômes, la marche du cho-
» léra qui ravage l'Europe, et si l'on considère le désordre qu'il
» laisse après lui dans l'organisation, on est convaincu qu'il est
» parfaitement identique au choléra indien. Peut-être cepen-
» dant en diffère-t-il par la mortalité qu'il produit, et qui est
» toujours, moyen terme, de 50 pour 100.

» Il nous importe de distinguer, entre les causes, celles qui
» prédisposent d'avec celles qui déterminent. Parmi les premières
» il faut ranger la misère, la mauvaise nourriture, les mauvaises
» dispositions du logement, le manque de vêtement, etc.; parmi
» les secondes, l'abus des alimens et des liqueurs. En Pologne,
» lorsqu'on distribuait les vivres, le soldat se hâtait de les con-
» sommer. Les provisions de quatre à cinq jours disparaissaient
» dans huit; ces jours-là, on comptait quatre, cinq et six fois
» plus de morts que les autres jours.

» Presque toujours, lorsque le mal avait pris quelque déve-
» loppement, on trouvait de l'estomac au rectum des traces de
» phlogose; mais, lorsque le mal était très-rapide, on ne trou-
» vait rien de semblable.

» Les teintes que présentait l'estomac variaient du rouge ce-
» rise au rouge vineux, ou rouge-brun; les liquides vomis étaient
» pultacés, homogènes, gris, quelquefois verdâtres; il en était
» de même pour l'intestin grêle et le gros intestin. Une sorte de
» couche muqueuse était adhérente à la membrane intérieure.

» Le foie avait de la mollesse. On en séparait aisément la mem-
» brane séreuse. Les vaisseaux étaient gorgés d'un sang noir,
» et la vésicule biliaire l'était d'une bile épaisse et d'un rouge-
» brun.

» Les vaisseaux mésentériques étaient également gorgés d'un
» sang noir.

» La vessie a toujours été trouvée vide, contractée, réduite
» au volume d'une noix; quelquefois elle était enduite d'une
» matière blanchâtre et caséiforme.

» Les reins étaient mous.

» Dans la tête, les vaisseaux de la dure-mère et ceux de l'a-

» rachnoïde étaient gorgés de sang. La substance cérébrale était
» tantôt plus dure, tantôt plus molle, et dans les deux cas très-
» pointillée de gouttelettes.

» Le canal vertébral ouvert, les membranes paraissaient in-
» jectées : il y avait un épanchement de sérosité limpide ou san-
» guinolente.

» L'invasion de la maladie est subite. On est pris au milieu de
» la santé la plus florissante, à la sortie d'un repas, au milieu de
» la nuit.

» Elle débute par des anxiétés comparables à celles du mal de
» mer. La mort peut arriver en vingt-quatre heures, en deux
» ou trois jours. Au-delà de quatre jours, il y a espoir de gué-
» rison. La convalescence est toujours difficile; et quelquefois
» survient une autre maladie, une gastro-entéro-céphalite, qui
» peut être mortelle.

» Quelquefois aussi le choléra se termine par une diarrhée
» chronique, qui au bout de deux mois emporte le malade.

» Dans le cours du mal on ne voit ni rémission ni paroxysme.

» Le traitement a été très-varié, précisément parce que la
» mortalité a été très-forte. Il n'y a pas de médicament qui n'ait
» eu ses succès; mais il n'y en a pas qui n'ait augmenté la mor-
» talité de 10 pour 100.

» Sur 22 malades, traités par le bismuth, 20 sont morts.

» Sur 30 esclaves traités par le calomel, il y a eu 18 morts
» et 12 guérisons ; d'où il suit que le calomel est moins dange-
» reux que le bismuth.

» En Pologne, on a d'abord employé les antiphlogistiques :
» la saignée, une fois, deux fois, selon l'état du sujet; et tout
» de suite après une infusion aromatique, la limonade très-
» chaude; cette méthode a eu beaucoup de succès, surtout à
» l'hôpital des Juifs, où la mortalité n'a pas été de 50 pour 100.

» Cependant on ne négligeait point les frictions; on envelop-
» pait les malades dans des couvertures très-chaudes.

» La maladie a paru d'abord être contagieuse, parce que, s'é-
» tant surtout développée après la bataille, elle avait été consi-

» dérée comme importée par les Russes ; mais on n'a pas vu, depuis, qu'elle se soit propagée d'homme à homme ; elle n'a point passé des malades aux chirurgiens, ni même aux infirmiers.

» Il y a plus, il a été établi que, dès le mois d'août 1830, et six semaines avant la grave explosion du choléra, on en a observé plusieurs cas particuliers dans l'armée. On a voulu inoculer la maladie ; l'opération a été sans résultat ; cependant on croit avoir observé quelques exemples de transmission. Du reste, il n'est pas prouvé que cette transmission ait toujours lieu par les grandes routes, par les fleuves ; et, malgré la fréquence des communications, des villes, des villages, des rues même ont été épargnés.

» Outre le bismuth et le calomel, on a employé contre le choléra l'opium, le camphre, le castoréum, la serpentaire, le sel ordinaire, l'éther, l'ammoniaque, etc. ; mais jamais, ajoute M. Chamberet, je n'ai vu employé la strychnine. »

M. Honoré demande à M. Chamberet ce qu'il faut penser de ce qu'on a dit touchant l'injection du système veineux ; injection qui supposerait une congestion, et si forte, qu'à l'ouverture des corps, le sang ruisselle du dos, par exemple, et de la tête.

M. Chamberet répond que ce qu'on a publié à cet égard est en partie vrai ; qu'à partir de l'oreillette droite du cœur jusqu'aux radicules veineuses, tout est plein d'un sang noir, plus solide, plus épais ; ce même sang se trouve dans le cœur, mais avec des concrétions gélatiniformes.

M. Double adresse à M. Chamberet une autre question : Le choléra étant traité ou étant livré à lui-même, quelle est la différence dans la mortalité ?

M. Chamberet répond qu'il n'a pas vu de cholériques absolument abandonnés.

M. Chamberet est remercié des communications qu'il a bien voulu faire à l'Académie.

Strychnine. Revenant à la communication faite par M. Marc,

M. Ségalas rapporte que, d'après ses propres expériences, la strychnine et l'extrait alcoolique de noix vomique ont, sur les animaux, et notamment sur le chien, une action beaucoup plus énergique que sur l'homme; que ces deux substances opèrent spécialement sur la moelle épinière; qu'appliquées sur la région dorsale, elles sont moins rapidement absorbées qu'à la partie antérieure de l'abdomen et du thorax, ainsi que dans les voies aériennes et le tube digestif.

M. Kéraudren prend la parole pour une motion d'ordre. On a pensé que le dernier travail de la commission du choléra terminait la mission qui lui avait été donnée. Un nouveau travail est demandé sur les matières contaminables. Confiera-t-on ce travail à une nouvelle commission? D'un autre côté, si ce travail en provoque d'autres, ne serait-il pas à propos de créer une commission permanente qui les coordonnerait entre eux? et cette commission permanente sera-t-elle la même que la commission actuelle?

M. Esquirol appuie la première partie de cette proposition.

M. Renauldin propose d'adjoindre M. Londe et M. Honoré, tous les autres commissaires venant de Russie ou de Pologne.

On fait remarquer que par cette dernière adjonction, on violerait le règlement de la compagnie; et la demande de M. Honoré n'a pas de suite.

L'Académie consultée décide :

1°. Que la commission actuelle du choléra est maintenue pour les travaux subséquens;

2°. Que M. Londe fera partie de cette commission.

M. le comte d'Appony adresse à l'Académie une brochure en allemand sur le choléra-morbus; brochure accompagnée d'une lettre de l'auteur qui fait hommage de son travail à l'Académie.

Litholabe. M. le docteur Ashmead, de Philadelphie, a soumis à l'examen de la compagnie un litholabe, auquel il a fait subir quelques modifications, qu'il donne comme un perfectionnement. La pierre une fois saisie, il croit pouvoir la retourner sans qu'elle tombe, et rassembler les fragmens qu'elle forme en se brisant.

M. Hervey de Chégoin rend justice aux efforts de l'auteur ; mais tant que M. Ashmead n'aura pas fait usage de son instrument, sur le vivant, il lui manquera la plus essentielle de toutes les épreuves. Il faut attendre.

Séance du 18. M. Marc lit deux lettres, l'une écrite de Stettin, l'autre de Berlin ; toutes sont relatives au choléra, et présentent peu d'intérêt. Il annonce en même temps que la maladie est entrée à Magdebourg et à Hambourg, où, selon toute apparence, elle a été apportée par des matelots qui en ont infecté des filles publiques, lesquelles en sont mortes ainsi que les matelots en quelques heures.

Analyse des œufs, des muscles et des arètes de l'orphie. M. Vauquelin, dont la France déplore la perte, a, comme on sait, analysé les œufs du brochet. M. Germain, pharmacien à Fécamp, vient d'analyser ceux de l'orphie ; il y a trouvé, entre autres choses, de l'osmazôme, du mucus, et peut-être un peu de soufre. Les os de ce poisson sont verts ; M. Germain attribue cette couleur à la présence du fer à l'état de phosphate ou d'hydrate.

Fistule vésico-vaginale. Communication de M. le professeur Dugès. Une femme de 24 ans environ portait une fistule urinaire, résultat probable de la formation de quelques escharres durant un travail de dix-huit heures qui précéda un accouchement spontané. Ce ne fut que onze jours après cette opération naturelle que la malade s'aperçut de l'impossibilité de retenir ses urines. La rupture était située à dix ou douze lignes au dessus de l'orifice inférieur du vagin ; elle en occupait exactement la paroi antérieure, en représentant une boutonnière tout-à-fait transversale, laquelle admettait facilement le bout du doigt. M. Lallemand s'était appliqué deux fois à guérir cette femme, sans y parvenir. En l'absence de M. Lallemand, M. Dugès fit une troisième tentative sans être plus heureux : loin de là, il a la franchise d'avouer que l'ouverture fistuleuse était peut-être un

peu plus grande après qu'avant ses essais. En désespoir d'obtenir une guérison radicale, M. Dugès voulut au moins soulager sa malade ; il imagina pour cela un obturateur, espèce de bouchon conique qu'il introduisit dans le méat urinaire presque à l'entrée de la vessie pour s'opposer à la sortie des urines. Cet obturateur était formé d'un intestin de poisson rempli d'huile.

Du reste, la malade se dégoûta bientôt de cet assujettissement ; mais M. Dugès pense qu'il ne peut être mis en parallèle avec les inconvéniens de l'infirmité dont il s'agit.

Cette lecture terminée, M. Capuron reprend ce qu'a dit M. Dugès touchant les guérisons spontanées de fistules vaginales. Ces guérisons ne sont possibles que lorsque la fistule est placée près du canal de l'urètre, lorsqu'elle est peu étendue, récente et non calleuse, etc. ; mais jamais quand la fistule succède à une forte contusion ou à une compression long-temps continuée sur la vessie soit par la tête du fœtus, soit par le forceps, soit par un pessaire trop volumineux ; après quoi vient inflammation et suppuration, ou gangrène, chute d'escharre, et finalement ouverture dont les bords se cicatrisant séparément, deviennent calleux et laissent couler l'urine dans le vagin. La guérison spontanée de ces fistules ne paraît pas possible, et elle paraît être fort difficile par les moyens artificiel, tels que suture, cautérisation avec le fer rouge ou le nitrate d'argent fondu, etc. Cependant M. Capuron ne nie pas les exemples de ces guérisons ; mais il soutient qu'ils sont très-rares, et appuie cette proposition par un fait tiré de sa pratique. Il conclut de là que des fistules situées plus profondément sont *à fortiori* d'une guérison bien plus difficile, si ce n'est même tout-à-fait impossible.

A ces remarques, M. Dugès répond que, s'il a parlé de guérisons spontanées, ce n'est pas d'après sa propre expérience, mais sur la foi d'écrivains estimés. Bien que les observateurs n'aient pas précisé le siége de ces fistules, il est permis de croire qu'elles occupaient le col de la vessie, et non le canal de l'urètre ; car ce canal n'est presque jamais perforé par des escharres gangréneuses, et la perte de l'urine était continuelle.

Claudication intermittente. M. Bouley lit une observation de claudication intermittente des membres postérieurs dans une jument de six ans, sorte d'accident auquel cette jument a succombé. Cette claudication était due à l'oblitération des artères fémorales, oblitération qui avait déterminé une altération particulière dans les muscles de la partie moyenne et interne des cuisses. Ces muscles étaient pâles, décolorés, et beaucoup plus consistans que dans l'état naturel.

M. Marc donne à l'Académie lecture d'une lettre qui est adressée de Berlin par le docteur Horn, sur le choléra-morbus observé dans cette ville. Voici les points principaux exposés dans cette lettre;

1°. Le choléra est moins grave à Berlin qu'il n'a été ailleurs, soit relativement à la forme, soit relativement à sa force de propagation;

2°. Du 3 août au 5 octobre, on comptait :

	1,100	malades,
dont	794	morts,
	283	guéris,
et	173	en traitement;

3°. Sur ce nombre, on compte 10 militaires malades,

dont	8	morts,
et	2	guéris;

4°. Chez la plupart des malades, ce sont des causes occasionelles, des écarts de régime, des refroidissemens, des coliques et des diarrhées négligées, etc., qui ont fait éclater le choléra;

5°. La majeure partie des malades habitent des rues obscures, des maisons basses, situées dans le voisinage ou sur le bord de l'eau;

6°. Le choléra se transmet difficilement par contagion; même parmi les médecins, les infirmiers, les gardes-malades. Encore, dans les sujets ainsi exposés, ce sont des causes occasionelles qui ont mis en jeu la maladie;

7°. Le choléra est souvent guérissable.

8°. Les mesures prises par le roi de Prusse pour le salut de la garnison, prescrivent une vie réglée, un régime convenable, le maintien de la chaleur par l'usage des matières de laine, l'abstinence de tout ce qui peut nuire ; et ces mesures ont été si efficaces, qu'elles pourraient servir de modèle aux autres nations.

Après cette lecture, M. Desgenettes présente quelques remarques sur la construction de la ville de Berlin. Cette ville est partagée par le Sprée, en deux villes, l'ancienne et la nouvelle. Dans l'ancienne, les rues sont étroites, mal aérées, peu éclairées, et les maisons mal construites. La nouvelle, au contraire, a des rues larges et bien plantées; des maisons spacieuses, et entremêlées de grands jardins. Rélativement au régime, ce qu'en dit M. Horn est suspect; car la sobriété des Prussiens est passée en proverbe.

Leur luxe, au lieu de se tourner vers les raffinemens de la table, a pour objet les beaux habits et les beaux bâtimens ; cette sobriété peut avoir contribué pour beaucoup à atténuer les effets du choléra.

M. Delens fait remarquer que, malgré les différences de régime à Vienne et à Berlin, le choléra a été presque identique dans ces deux villes. M. Double rappelle, pour l'improuver, ce que dit M. Horn sur l'emploi des matières de laine. On les avait conseillées pour les soldats de l'expédition d'Alger ; on y a renoncé, parce qu'elles favorisent la génération de la vermine.

M. Marc rend compte d'une brochure composée en allemand sur le choléra-morbus, par M. le chevalier de Meyer. Dans ce petit ouvrage, l'auteur développe sur la production du choléra une théorie électro-galvanique qu'il étend à d'autres maladies, et particulièrement à la plique. Ensuite il s'occupe de contagion ainsi que de la formation des cordons sanitaires, et propose quelques formules pour le traitement.

M. Esquirol annonce à l'Académie, que M. Legallois, dont on avait désespéré, est en route pour Paris. Hélas! il ne reverra pas sa patrie; il a succombé à une phthisie pulmonaire.

Choléra. M. Londe, de retour de Pologne, où il est allé observer le choléra, a la parole. Il entretient l'Académie de son voyage, et du résultat de ses observations. Tout ce qu'il dit sur les causes, les symptômes et le traitement de cette cruelle maladie, est connu, et nous l'avons écrit dix fois dans ce journal : ce n'est pas la peine de le répéter. Il nous apprend seulement qu'un de ses collègues a employé l'injection du phosphore dans les veines. Retenu par un sentiment de délicatesse, il laisse à ce collègue qui l'entend, le soin de rendre compte de ses expériences.

VARIÉTÉS.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR CHAUFFART SUR LES CONCOURS.

A Messieurs les Rédacteurs de la Revue médicale.

Messieurs, dans une lettre de M. Delpech, insérée dans le cahier d'avril de votre journal, feu Royer-Collard, professeur nommé sans concours à la Faculté de médecine de Paris, était traité d'homme *incapable*. Vous avez relevé, dans le numéro suivant, ce que ce jugement avait de peu équitable, sans dire toutefois que Royer-Collard avait laissé quelques belles pages, qui, connues du professeur de Montpellier, ne lui auraient pas permis des paroles aussi peu mesurées. Ne serait-il pas en effet difficile de trouver unies à un style plus correct, à plus de modestie, des pensées plus sages et plus généreuses que celles du discours prononcé par Royer-Collard, à l'ouverture des cours de la Faculté en 1818? Ce petit ouvrage est un modèle de la manière dont un professeur doit parler dans ces solennités, tombées de nos jours en désuétude, et qui pourtant entretenaient quelque chose de

grave, de religieux dans l'esprit et les paroles des maîtres, de bienveillant dans leurs rapports avec les disciples. A lui seul, il protesterait contre l'opinion de M. Delpech, si le rapport sur les ouvrages relatifs au croup et les articles de Royer-Collard insérés dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, n'avaient placé ce professeur au nombre des médecins qui voient bien et qui écrivent purement.

Dans la lettre en question de M. Delpech, ce célèbre chirurgien développe ses idées sur les concours. Voici ce que j'en pense.

On s'est vivement élevé contre leur abolition; on leur devait effectivement l'introduction dans les écoles d'hommes bien dignes des fonctions du professorat (1); mais combien d'autres non moins illustres, qui ont été la gloire de ces écoles, qui y ont formé de bons et nombreux élèves, n'y seraient jamais entrés, s'ils n'avaient eu d'autre voie, pour y parvenir, que celle du concours! Parlerai-je de Pinel et de tant d'autres? Non; je choisirai des exemples moins éloignés de nous, parmi nos contemporains vivans. Ainsi, M. Lallemand fut, bien jeune encore, nommé professeur à Montpellier par M. Royer-Collard, qui pressentit ce que ferait ce médecin, lequel n'avait encore publié ni ses lettres sur l'encéphale, ni ses travaux sur les maladies de l'urètre, et qui, s'exprimant, surtout à cette époque, avec une extrême difficulté, aurait certainement été évincé non par de plus instruits, mais par de plus heureux. Dernièrement, pour introduire dans la Faculté de Paris la première célébrité médicale de cette époque, n'a-t-on pas été obligé de créer une chaire nouvelle, afin que M. Broussais fût dispensé du concours? Quoi que l'on en dise, le concours convient seulement aux places que se disputent des jeunes gens; mais un homme dont la réputation

---

(1) Et aussi de quelques hommes médiocres ou à peu près nuls pour l'enseignement.

(*Note du rédacteur de la Revue médicale.*)

est faite ne la compromettra jamais dans une lutte où le savoir et la véritable expérience peuvent se trouver vaincus en apparence par la mémoire et l'habitude de parler en public. N'admettez que le concours pour pourvoir aux chaires de médecine ; viendra le jour où vos écoles se verront privées des hommes les plus capables de les honorer : non que je prétende qu'elles ne soient alors composées que de médecins médiocres, elles en auront probablement de très-habiles ; mais elles n'auront ni tous les habiles, ni même peut-être ceux que l'on estime le plus. Eh ! quel médecin de province quittera une ville où il a bon renom de savoir et d'habileté, pour s'aventurer pendant plusieurs mois dans une cité étrangère, au risque de perdre une partie de ses cliens, et pour livrer aux chances inégales de la dispute des écoles, une tête que d'importans travaux ont déjà couronnée ! Les malades, d'ailleurs, reverraient-ils avec plaisir un praticien qu'ils sauraient désireux de changer de position ? Que l'on en soit bien convaincu ; ni M. Barbier d'Amiens, ni M. Bretonneau de Tours, ni M. Ranque d'Orléans, ni d'autres médecins aussi recommandables, que les Facultés de médecine compteraient avec orgueil au nombre de leurs professeurs, n'iront se mettre à la merci de juges dont la plupart n'ont point, comme eux, donné des témoignages écrits et incontestables de leur portée médicale. On ne l'a pas encore vu. Et si le concours pour les chaires leur répugne, combien à plus forte raison devaient-ils repousser le concours pour l'agrégation, cette institution mesquine, espèce d'école normale tronquée, et qui manquait le but (1) ?

---

(1) L'agrégation ne peut, sous aucun rapport, être comparée à l'école normale : elle en diffère autant par son organisation que par son *but*. L'agrégation avait trois objets principaux : 1° de prévenir toute possibilité d'interruption ou de négligence dans l'enseignement public, par un mode régulier d'adjonction et de suppléance, qui manquait précédemment à la Faculté ; 2° de donner plus de solennité, plus de publicité, et partant plus de garanties aux actes publics pour la collation des grades, en appelant dans les jurys d'examen et de

J'entends dire : on ne professe bien qu'avec une grande facilité d'élocution, et les concours révèlent ceux qui la possèdent le mieux. Erreur grave ; car, pour former de bons médecins, il

---

thèses l'élite de la jeunesse médicale, incessamment renouvelée par les concours triennaux ; 3° d'établir un système de candidature fondé sur les principes constitutifs de l'Université. Sous les deux premiers rapports, qui sont les plus essentiels, l'utilité de l'agrégation n'a jamais été sérieusement contestée; et les soi-disant réformateurs de 1830, après avoir promis monts et merveilles, n'ont rien trouvé de mieux à faire que de conserver et de s'approprier ce qui avait été si bien établi en 1823. Mais, en revanche, ces habiles gens ont *élargi* le système de candidature, en admettant au concours pour le professorat, non plus seulement les agrégés qui ont déjà concouru, mais tous les docteurs âgés de 25 ans, lors même qu'ils ne seraient docteurs que de la veille, et qu'ils n'auraient jamais traité un malade, mettant ainsi sur la même ligne le savoir éprouvé et l'inexpérience, les droits acquis et les droits à acquérir :

Rare et sublime effort de l'imaginative...

qui se réduit en dernière analyse à une inconséquence ! Certes, nous ne fûmes jamais les apologistes du monopole de l'enseignement, ni du système universitaire de Bonaparte. Ce système, qui était du moins logique sous l'empire, n'est plus aujourd'hui, de l'aveu de tout le monde, qu'une anomalie, et une absurdité insoutenable. Mais enfin, ce système s'est soutenu jusqu'ici, il a traversé sain et sauf toutes les révolutions politiques, et même la révolution de 1830 : or, tant qu'il subsiste, la hiérarchie qu'il consacre et les droits qu'il garantit devraient être respectés ; à moins que les *Doctrinaires*, dans leur profonde sagesse, ne nous réservent encore un *quasi-monopole*, et une *quasi légalité*.

Quoi qu'il en soit, nous ne voyons pas sur quoi se fonde M. Chauffart, pour dire que l'agrégation fut *une institution mesquine*, *une espèce d'école normale tronquée*, *et qui manquait le but.* Avant de traiter ainsi de haut en bas une institution de 1823 encore vivante, quoique mutilée, institution dont la jeunesse de nos écoles recueille les fruits, et sans laquelle plus d'une chaire importante serait aujourd'hui muette, il faudrait au moins attendre que quelque chose de mieux eût été fait ou proposé par les *capacités* de 1830. Il se pourrait, à la vérité, qu'on attendît long-temps.

(*Note du Rédact. de la Revue méd.*).

faut toute autre chose qu'être bien disert. Quel homme s'exprimait avec plus d'embarras que Pinel? Quel homme cependant a doté son pays d'élèves plus capables? MM. Boyer, Richerand, Broussais, sont-ils donc si éloquens? Et M. Lallemand n'est-il pas encore très-souvent gêné dans l'émission de ses idées? les mots ne lui arrivent-ils pas avec peine? Or, ce sont néanmoins tous là des hommes de mérite, dont les écoles et les étudians doivent être fiers. N'en doutons pas, le médecin qui a fait un bon livre, et que ce livre mènera au professorat, saura toujours, après six mois d'exercice, s'exprimer assez bien pour l'instruction des élèves. N'attachons pas trop d'importance à cet art si souvent trompeur de bien parler; il s'agit, surtout dans l'enseignement, de bien penser, et d'avoir, avec un esprit juste, une expérience raisonnée de haut, et nourrie d'instruction.

Vous voulez donc livrer le choix des professeurs au caprice d'un ministre? Telle n'est pas assurément ma pensée, quoique pourtant dans ce choix le ministre obéisse d'ordinaire et comme forcément à l'opinion publique; mais les concours eux-mêmes ne sont pas à l'abri de reproches. Y a-t-il rien de plus humiliant, depuis qu'ils sont rétablis, que ces nombreuses et énergiques protestations contre les décisions des jurys, que de voir le public assigner aux concurrens d'autres rangs que ceux par lesquels les juges les ont distingués? N'entendons-nous pas chaque fois crier à l'injustice, à l'injustice *infâme?* Quelle âme honnête n'est saisie d'indignation à ces tristes récits? Quel médecin, du fond de sa province, ne préférerait avoir à déplorer les erreurs de l'autorité, plutôt que la déloyauté de médecins investis des fonctions sacrées de juges, et jugeant contre l'équité? Sent-on bien tout ce qu'il y a de bas dans ces décisions, annoncées et presque flétries d'avance, inspirées par d'odieuses rivalités, et dont le déshonneur peut rejaillir sur le corps médical, ce corps, si respectable aujourd'hui, si ami du vrai, si moral, si haut placé dans l'opinion des sages? C'est de la calomnie, s'écriera-t-on, mais à tort; car les masses ne calomnient pas, elles n'y ont point intérêt. L'esprit de parti, les passions politiques qui devraient

expirer dans le sanctuaire des sciences, ont entraîné des élèves à des clameurs outrageantes contre des professeurs de talent, tels que M. Récamier, praticien qui a fait de grandes choses et qui sort de la ligne vulgaire; mais ces mêmes passions ne sont pour rien dans l'improbation des jugemens récens des jurys qui ont promu aux chaires vacantes. Et quel est d'ailleurs ce droit tyrannique, adjugé à des médecins, à des membres de l'institut, moins éclairés peut-être que quelques-uns des candidats qui se présentent en holocauste à leurs décisions, de disposer de la réputation de ceux-ci, de les classer par ordre de mérite, suivant leurs impressions du moment, leur souvenir du passé, ou leurs craintes de l'avenir?

Aucune institution n'est donc à mon avis arbitraire, étroite, et ne peut devenir déloyale comme le concours : je blesserais trop d'amours-propres, si je parlais de toutes les injustices qui ont signalé ceux qui ont eu lieu dans les derniers temps de l'empire, et ceux qui se font actuellement. Remonterai-je à des époques plus reculées; toujours d'amères récriminations, et dont les motifs ne paraissent que trop fondés. Les concours éloigneront à jamais des chaires de clinique et autres, les praticiens, qui, loin des facultés, savent cependant se créer un nom honoré dans l'histoire de la médecine; ils en éloigneront des hommes profonds en science, mais timides et peu versés dans l'art de parler avec assurance; ils sont donc pleins de désavantages, et fréquemment de rudes mécomptes pour ceux qui s'y exposent.

Abandonnerons-nous en conséquence le choix des professeurs à l'autorité? Avec la tendance de celle-ci à oublier ou méconnaître les droits réels, à ne pas vouloir seulement ce qui est juste, ce parti paraît peu convenable. Eh bien! suivons l'esprit de nos institutions actuelles, si tant est qu'on nous laisse marcher dans la voie de vraie liberté que nous avons tous cru largement ouverte : que les professeurs soient élus! Donnons trois mois, dès la vacance d'une chaire, à tous les docteurs médecins de France, pour envoyer leur vote, *légalisé devant le maire*, afin d'éviter toute supercherie; et que le dépouillement de ces scrutins fait en

présence de la Faculté où manque un professeur, y appelle celui qui réunira le plus de suffrages, le second en cas de refus, et ainsi de suite. Alors, vous élèverez au professorat les médecins que l'opinion en juge les plus dignes ; les intrigues des concours et leur funeste effet moral seront à jamais arrêtés. On aura, ce qu'avec le gouvernement le plus régulier et les ministres les plus intègres, vous auriez peine à obtenir, des choix commandés par le mérite personnel. Personne ne serait forcé à voter ; mais nul doute que les médecins qui pensent, et qui aiment la science, ne s'empressassent d'envoyer un bulletin indépendant et consciencieux.

De la sorte, vous ne verriez pas hors du professorat des hommes tels que MM. Broussais, Fodéré, etc., ou n'y arrivant qu'au déclin de leur âge, à la suite de sollicitations, ou portés par le vent des orages politiques. Ou bien encore, ils ne s'introduiraient pas dans les Facultés sous le bon plaisir d'un prince ou d'un ministre, comme l'ont fait Laënnec, MM. Lallemand, Dugès et autres, qui devaient y arriver par eux-mêmes et par le libre suffrage de leurs collègues.

L'élection, en vertu de l'avis dûment constaté de la majorité des seuls juges compétens, l'emporterait aussi, ce me semble, sur les nominations imposées par l'Institut, l'Académie de médecine, et la Faculté, si jamais on les conviait de rechef à présenter des listes de candidats. L'élection concilierait tous les intérêts, tandis que ces corps savans, dans leurs choix, tiennent peu de compte des médecins de province, et semblent par le concert de leurs présentations, mériter qu'on leur applique ce vers de Molière si connu :

Nul n'aura de l'esprit, hors nous et nos amis.

Ces associations d'ailleurs sont toujours dominées par des coteries, par des influences mystérieuses, par la haine des grands noms : auraient-elles présenté, par exemple, Gall ou M. Broussais ?

Si tout ceci ne paraît qu'une utopie, c'est celle du moins d'un homme droit, et qui tient la médecine pour la source première de la philosophie, des véritables lumières et des sentimens généreux.

Je n'ai, dans cette lettre, parlé d'hommes vivans, que pour environner mes principes d'exemples que tout le monde a sous les yeux actuellement. J'aurais pu à ce sujet m'étendre davantage.

Veuillez, Messieurs les Rédacteurs, accorder une place à cette lettre dans votre journal, à cause de la première intention qui me l'a inspirée, celle de réhabiliter la mémoire de Royer-Collard. C'est de ma part un acte d'équité et d'indépendance; car retiré depuis près de quatorze ans à Avignon, tous les Royer-Collard m'ont été et me sont personnellement inconnus, ainsi que la plupart des médecins dont j'ai parlé. Je ne sais de ceux-ci que leurs œuvres qui les honorent comme hommes et comme savans (1).

J'ai l'honneur d'être,

CHAUFFARD,
Médecin de l'hôpital d'Avignon.

---

(1) Quoique nous ne partagions pas toutes les opinions du docteur Chauffard, et que nous n'adoptions pas tous ses jugemens sur les choses et sur les hommes dont il parle; quoiqu'il soit, d'ailleurs, peu conforme à l'esprit de la *Revue* de faire intervenir des noms propres, et surtout des noms de contemporains vivans, dans les discussions de principes et d'institutions, nous avons cru néanmoins devoir publier cette lettre, telle qu'elle nous a été adressée, avec la garantie d'un nom honorablement connu dans le monde médical. Lorsque, de toutes parts, l'esprit des provinces se réveille pour protester enfin contre l'omnipotence et l'omniscience parisiennes, nous voyons avec plaisir la médecine s'associer à cette généreuse impulsion, qui semble promettre à la France une nouvelle ère intellectuelle et sociale. Nous accueillerons donc avec empressement, et sans acception de parti ni d'opinion, toutes les remarques de quelque importance qui nous seront adressées par nos confrères des provinces, sur les questions qui s'agitent parmi.

DOCUMENT MOSCOVITE *sur l'emploi de la belladone contre le choléra-morbus.*

Nous recevons en ce moment par la poste, sous une enveloppe de lettre timbrée de Moscou, et passée au vinaigre, le document ci-après, que nous transmettons fidèlement à nos lecteur avec toute son *étrangeté*. Nous n'y changerons pas un seul mot, afin qu'on puisse mieux juger du degré de confiance qu'il mérite sous le rapport médical.

« Messieurs les rédacteurs sont priés de vouloir bien admettre » dans leur journal cette copie d'une lettre adressée le 22 juillet 1831, à feu M. Rehmann, médecin en chef pour le civil, » à Saint-Pétersbourg, par M. Karasinn (de Kharcoff), membre » de plusieurs sociétés savantes. »

« MONSIEUR, votre excellence doit avoir reçu ma lettre, ou plutôt mon paquet du 13 de juillet. J'y ai fait mention de la *belladone*, que je propose pour les cholériques dans les cas où tous les autres remèdes ont été employés sans succès. Je m'empresse de vous communiquer un exemple que je viens de voir heureusement ces jours-ci encore, ayant annoncé mon opinion sur ce *spécifique* (car il l'est véritablement) dès le 24 de juin.

» Une grande partie de notre district de Bogodoukhoff est atteint du choléra-morbus, avec plus ou moins de mortalité. Le premier malade dans mon village (Kroùtchik), un jeune homme (1) en est mort le 13, pendant mon absence, malgré la saignée, les bains et tous les autres secours. Le 20, une femme de vingt-trois ans (2), qui achevait d'allaiter son enfant, a été attaquée

---

nous, en nous réservant toutefois de discuter et de combattre celles qui seraient opposées à nos convictions.

(*Note du Réd. de la Revue méd.*)

(1) Ivan Sirenko.

(2) Anna Komenkova.

subitement à la suite d'une visite chez ses parens, dans un village voisin où elle a manqué de mourir. Vers le *soir*, lorsqu'elle a été transportée dans son domicile, elle était déjà dans un état très-alarmant. Le pouls à peine sensible, une douleur dans l'intérieur, soit dans l'épigastre, soit dans le péricarde; car elle était hors d'elle-même et ne pouvait pas bien distinguer, qui lui faisait pousser des cris; elle avait des nausées; mais le vomissement et les selles fréquentes, par lesquels la maladie s'était déclarée, ont cessé pendant le transport, par le cahotage d'une voiture de paysans qui ne discontinuait pas durant sept ou huit verstes, ou par d'autres causes. Les extrémités des mains et des pieds étaient déjà froides.

»Instruit par les aveux de plusieurs médecins de notre contrée que dans ce degré de maladie la saignée, soit au bras, soit à l'abdomen par des sangsues, est autant qu'*impossible*, je résolus aussi ne pas recourir aux bains, aux frictions, etc., afin de me ménager une occasion peut-être unique, pour m'assurer personnellement de l'efficacité de la belladone, ce que les lois positives et l'humanité me permettaient, vu l'urgence du cas et l'absence de tout médecin. Cependant j'ai commencé, comme de raison, par de très-petites doses. A neuf heures, après midi, j'ai donné à la malade, dans un thé de fleurs de sureau, cinq gouttes de l'essence de de belladone, dont je vais ci-après décrire la préparation (1). Je n'ai remarqué aucun changement. A dix heures j'ai donné dix gouttes : après quelques minutes la malade est devenue plus transquille et s'est endormie. Son sommeil, assez paisible et profond, dura une heure. D'abord, après son réveil, m'étant assuré, par l'inspection de la pupille et d'autres signes connus, que l'effet de la belladone, chez la malade, loin d'être délétère, paraissait bénin quoique encore insuffisant, j'augmen-

(1) Cette essence peut, au reste, être suffisamment remplacée par une forte teinture de feuilles de belladone, en provision dans les pharmacies, ou par une dose équivalente de feuilles en poudre.

tai la dose de cinq gouttes. A minuit j'en donnai vingt. La malade s'endormit de nouveau, et pendant son somme de deux heures sans discontinuer, une légère transpiration a paru sur le front; les extrémités commencèrent à reprendre leur chaleur naturelle, et le pouls devint plus sensible, quoique encore bien éloigné de son état normal. A deux heures après minuit, voyant que la malade a été réveillée par des douleurs, dont elle a eu à souffrir le soir, et, après un intervalle aussi marquant, je me crus permis d'ajouter à ma dose cinq gouttes consécutivement deux fois, toujours à une heure de distance, de sorte que la dernière et la plus forte dose était de trente gouttes. Vers cinq heures du matin, les symptômes du choléra-morbus disparurent presque en totalité. J'ai diminué la dose chaque heure par cinq gouttes. A dix heures du matin, je n'ai plus donné que du thé de sureau, que j'étais même obligé de supprimer totalement; car la malade commençait à avoir la langue sèche et un peu de chaleur. Etant venu la visiter à trois heures après midi, j'ai joui d'une satisfaction peu commune dans la vie. Cette jeune femme avait déjà repris ses couleurs naturelles: assise en face de son mari, elle demandait à nourrir son enfant; mais son sein étant gonflé je n'ai pas cru devoir le permettre, d'autant moins que le petit (déjà âgé de plus d'une année) était sevré pendant l'intervalle de la maladie de sa mère. Quelques sangsues appliquées au bas de la mamelle droite, qui était la plus affectée, des émolliens au camphre et un lavement vers le soir complétèrent la cure. Je ne vais donner actuellement que des gouttes de *valeriana*.

» Je prépare mon essence de belladone, *comme celles des autres plantes médicinales*. J'ai eu l'honneur de l'exposer à une séance de la Société médico-physique de Moscou, il y a plus de deux ans, et la méthode est décrite dans le numéro de février (si je ne me trompe) du journal de M. Jowsky de l'année 1829. La voici :

» Une *mensura* d'apothicaire, contenant ordinairement deux onces d'eau, est la 1/160 partie d'un vedro russe. Je prends autant d'alcool pour chaque livre russe d'une plante pendant le temps de sa floraison. Je distille dans un alambic à bain de va-

peur, jusqu'à la dernière goutte. J'exprime le résidu sous un pressoir à vis. J'évapore le liquide aqueux obtenu à une douce chaleur; et puis je dissous dans mon alcool aromatique le résidu de la susdite évaporation, en remuant souvent le vase bouché et exposé au soleil. Je décante après quelques jours le liquide homogène, qui, *assurément*, contient, sous un très-petit volume et d'une manière durable à jamais, et propre à une dissolution momentanée dans de l'eau, toute la substance médicale d'une plante. Mes *essences*, que j'ai essayé de nommer primitivement *panalexin*, mais dont j'ai changé le nom par le conseil de mes amis, ont été trouvées très-efficaces par MM. Kerzog, Marcus et Reuss à Moscou, M. Photieff et d'autres à Karcoff. Elles peuvent être préparées le plus avantageusement sous le ciel heureux de nos provinces méridionales, pour fournir tout l'empire et une grande partie de l'Europe. Quelques plantes communiquent aussi facilement leurs vertus médicales à l'huile, au miel, pour l'usage extérieur. A quoi bon voiturer à grands frais sous un énorme volume, le squelette des plantes dépourvu de la majeure partie de leur arome? etc... »

(Conforme à l'original. Ce 26 oct., v. s. Moscou. B. K.)

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Du danger de l'application de la glace dans les fièvres cérébrales, et *quelques observations sur les maladies des méninges* : suivi d'un *Traité sur les affections dartreuses*; par M. Berthomé. Brochure in-8 de 55 pages.

Ce serait le cas de dire *multa paucis!* surtout pour le traité des affections dartreuses qui ne comprend que dix-huit pages. Mais d'abord cette annonce d'un *traité* n'est que pour le titre; car dans le texte

il ne s'agit plus que d'un traitement *anti-dartreux*, mot qui sonne aussi mal aux oreilles des médecins dignes de ce nom qu'il sonne bien aux oreilles des malades de bas étage. Dirons-nous en quoi consiste ce traitement ? un onguent *adoucissant* et *fondant*, et un sirop *dépuratif!* En voilà assez pour les lecteurs de la *Revue médicale* : nous renvoyons pour le reste aux petites affiches et aux journaux quotidiens. M. Berthomé nous dira peut-être qu'il est dur d'être forcé de payer tant à la ligne dans les feuilles que nous lui indiquons. Nous lui répondrons qu'il faut bien en passer par-là quand on propose des sirops dépuratifs, quand on donne son adresse trois ou quatre fois dans le texte de sa brochure, quand on présente des certificats de la veuve B***, de M. C***, cultivateur, etc., etc.

Quant à l'application de la glace, M. Berthomé ne veut pas qu'on y ait recours, « parce que cette application produit deux effets dont » un seul est *plus que suffisant* pour produire la mort : premièrement » l'*engourdissement* et tous ses résultats, qui *feront que, par la suite* » *de cette opération*, les parties *vont devenir* insensibles aux stimu- » lans les plus énergiques ; secondement la suppression de trans- » piration. »

Voilà un échantillon de la doctrine et du style de M. Berthomé. En vérité, il y aurait de quoi prendre en dégoût l'exercice d'un art si beau par lui-même, si digne de l'estime publique, lorsqu'il est bien compris. Travaillez, jeunes médecins ; pâlissez dans les amphithéâtres et sur vos livres ; consumez ainsi vos plus beaux jours, et puis on vous demandera, dans le monde, ce que vous pensez de la doctrine et du traitement d'*un* de *vos confrères*, du docteur Berthomé, par exemple, qui a sauvé la vie à une foule de malades ; et si vous avez l'air de douter de ces succès, on vous prendra pour un envieux.

(Dubois, d'Amiens.)

Mémoire sur le choléra-morbus ; par M. le baron Larrey.

C'est sous l'influence de ses souvenirs sur le *choléra sporadique* que M. Larrey a écrit son mémoire qu'il destinait à servir d'instruction aux médecins envoyés en Pologne et en Russie pour y observer le *choléra épidémique*. Malheureusement c'est une instruction qui n'instruit pas : elle ne contient rien que ne sachent fort bien, je ne dis pas seulement les plus jeunes des médecins voyageurs, dans le bagage de chacun desquels on a mis un exemplaire de la brochure, mais même les

étudians qui connaissent passablement leurs livres élémentaires, après deux ou trois ans de fréquentation des hôpitaux de Paris. Pour compléter l'idée qu'on doit se former de cet opuscule, il suffit d'ajouter qu'il contient quelques-unes de ces théories fausses ou hasardées, sans aucun fondement, quelques-unes de ces idées bizarres qu'on a coutume de rencontrer dans tout ce qui sort de la plume de M. Larrey : exemples : « Le choléra-morbus consiste dans une aberration » de la bile et de la portion sero-albumineuse du sang (page 5). » et plus loin (page 20) : « On pourrait l'appeler phlegmasie nerveuse » des intestins, avec intussusception.... Les acides (p. 22) neutralisent » les principes alcalins de la bile qui surabonde dans le canal intestinal, » et préviennent la décomposition du tissu villeux de la muqueuse, etc. » Le resserrement de la pupille est le résultat de l'irritation ou de la » phlogose des nerfs ganglionnaires qui transmettent sympathique- » ment leur état morbide aux nerfs ciliaires fournis par le ganglion » ophtalmique (page 7). On peut annoncer avec certitude que toute » fièvre ou épidémie avec exanthème a un véritable caractère conta- » gieux (page 13). L'application successive des ventouses scarifiées » doit se faire de haut en bas en suivant la marche du fluide élec- » trique animal du pôle positif au pôle négatif (pag. 20). Etc., etc. » Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'au nombre des moyens thérapeutiques M. Larrey n'a pas oublié ses *chers* moxas, qu'il recommande d'appliquer, comme les ventouses, en suivant la marche du fluide électrique animal, etc. Sachons-lui gré pourtant du généreux motif qui lui a fait prendre la plume ; c'est le désir d'être utile à l'humanité et de contribuer à la conservation de la santé des armées françaises, comme il le dit lui-même ; et à cet égard, son assertion ne saurait être suspecte. Toute sa vie, qui n'a été qu'un long dévoument, est là pour en répondre. (Corby.)

De quelques maladies abdominales qui simulent, provoquent ou entretiennent des maladies de poitrine ; par J.-B. de Larroque, médecin de l'hôpital Necker et du deuxième dispensaire de la Société philanthropique. Un gros vol. in-8 d'environ 800 pages. A Paris, chez Baillière.

Que dire d'un livre où les lieux communs les plus insignifians sont emphatiquement débités et délayés dans un verbiage, très-propre sans doute à éblouir les gens du monde, mais bien rebu-

tant pour des hommes instruits et occupés? Qu'opposer à des raisonnemens dont la plupart sont de la force de celui-ci? « *Je dis que c'était la muqueuse stomacale qui était sur-excitée*, PARCE QUE *le foyer d'irritation était dans l'estomac...* » (p. 56)? Le moyen de trouver le sens de phrases telles que celle-ci : « *Bien que je fusse très-peu convaincu que le traitement antiphlogistique n'amènerait qu'une très-faible amélioration...* » (p. 59)? Et les *fuliginosités* de la bouche, répétées cinq à six fois! et *la bouche n'était qu'une plaie*! et la naïveté de cette *heureuse* expression : « HEUREUSEMENT *que* LA MORT *vint délivrer cette malheureuse patiente le quarante-deuxième jour*, etc. » (p. 69). Et une maladie grave attribuée à la *répercussion* d'une dartre provoquée par des lotions sulfureuses et une application de crême anglaise, employées pendant *vingt-quatre heures*; et ce puissant argument à l'appui : « *Il est certain que les symptômes de gastro-entérite n'ont donné les signes de leur existence qu'après l'emploi de ce médicament* (la *crême anglaise*, cosmétique, fort innocent) : DÈS LORS *on est en droit de le considérer comme la cause de l'affection qui a mis un terme aux jours de la malade.* » (p. 72). Et des symptômes adynamiques et ataxiques (p. 77), qui sont *le produit* d'une escarre gangréneuse développée au sacrum dans cette maladie grave, sans que l'auteur se doute que s'il se sert de la gangrène du siége pour expliquer l'état adynamique, il ne lui restera plus rien pour expliquer la gangrène elle-même.... Et cette importance ridicule (ridicule pour des médecins, je ne dis pas pour *les gens du monde*), attachée à une application de sangsues faite sur l'*épigastre* plutôt que sur la poitrine, lorsqu'on découvre que la toux est symptomatique d'une *gastrite*, et non pas proprement pectorale.... Et cette belle découverte qui apprend que c'est à la pression du busc sur l'estomac, et non pas à la constriction de la poitrine elle-même, que l'on doit attribuer l'augmentation de la toux et de la dyspnée produite par le corset chez les femmes que l'on suppose avoir une toux stomacale! Et cette remarque pratique si ingénieuse, qui indique que c'est de la pointe vers la base que s'étend la rougeur de la langue, à mesure que la *gastrite* dont elle est le symptôme devient plus intense! Et cette habileté à rehausser une expression par l'adjonction d'un mot latin, comme dans la phrase suivante : « *Bien plus, l'observation nous fait voir que ces symptômes peuvent être mensongers* (FALSI), *c'est-à-dire qu'ils indiquent une phlegmasie qui n'existe réellement pas dans la cavité pectorale!* » (p. 178.)

Reconnaissons pourtant qu'il y a une idée pratique dans le gros

livre de M. de Larroque; quelque vulgaire qu'elle soit, il n'est pas tout-à-fait inutile aujourd'hui de la remettre en évidence : c'est que les phénomènes sympathiques d'une maladie viscérale peuvent quelquefois devenir assez intenses pour masquer cette maladie elle-même, et faire ainsi supposer l'existence de lésions graves dans un organe qui n'est que secondairement affecté; en d'autres termes, que des symptômes indiquant une affection locale peuvent se développer *sympathiquement*, et sans que la partie qui en est le siége offre elle-même aucune altération matérielle, altération qui, d'ailleurs, peut se former par la prolongation de la maladie. Aussi, M. de Larroque peut-il, en effet, dire SANS VANITÉ (p. 187), qu'il a guéri des sujets regardés comme phthisiques, et qui n'avaient que des irritations gastro-intestinales (dont la toux était un des phénomènes sympathiques)... Nous l'engageons même à ne jamais négliger d'appeler sur ces sortes de cures, l'attention, soit des médecins, soit des *grands seigneurs*. (G.)

Rapport du conseil de santé d'Angleterre, sur la maladie appelée dans l'Inde CHOLÉRA SPASMODIQUE, et qui règne aujourd'hui dans le nord de l'Europe, publié par ordre des lords composant le conseil privé de sa Majesté Britannique; suivi d'une lettre adressée à sir H. Halfort, président du conseil de santé sur la contagion du choléra, par W. MAC-MICHAEL, D. M., médecin du roi, membre du collége des médecins, traduit de l'anglais. Paris, chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole de médecine, 1831.

C'est d'après le témoignage de plusieurs médecins qui ont observé le choléra dans l'Inde, et sur les documens fournis par les travaux faits dans ce même pays, que le conseil de santé de Londres vient de publier son rapport. Il y a joint les communications qui lui ont été adressées sur l'épidémie de Moscou par le docteur Keir, et celles des docteurs Russel et Barry sur l'épidémie de St-Pétersbourg. L'histoire de la maladie dont l'identité de caractère a partout été constatée, l'indication des bases thérapeutiques, soit préservatives, soit curatives, tracées de nouveau dans ces différens mémoires, n'ont rien qui ajoute à nos connaissances sur tous ces points, si nous exceptons quelques observations des docteurs Barry et Russel, faites à

St-Pétersbourg; observations desquelles il résulte que, dans cette dernière ville, la période de chaleur qui succède à la période de froid, a été bien plus funeste qu'elle ne l'avait été dans l'Inde et dans les autres pays déjà ravagés par le fléau, et s'est présentée sous la forme d'un typhus souvent mortel.

La lettre du docteur William Mac-Michael à sir Henry Halfort, sur cette question : « Le *choléra spasmodique* de l'Inde est-il une maladie contagieuse? » est pleine de la critique la plus sage et la plus ingénieuse. L'auteur de cette lettre s'attache à montrer le peu de fondement des idées principales émises par les anti-contagionistes. Il s'irrite qu'on cherche à éluder la vraie question, celle de la propagation ou de la non-propagation du mal d'un individu malade à un individu sain au moyen du mot *infection*, et prouve par les faits qu'on a toujours appelé contagieuse une maladie qui se transmet, quel que soit le mode de transmission. Il nie que l'idée de contagion soit une idée de routine populaire, admise sans examen; et prouve encore par les faits que la plupart des maladies dont la contagion est aujourd'hui généralement admise ont été regardées long-temps comme non-contagieuses. Réduisant à sa valeur l'argument qu'on a cru tirer de l'ancienneté du choléra contre sa contagion, en disant que s'il était essentiellement contagieux il n'aurait pas cessé de se transmettre, et n'aurait point laissé de repos à l'humanité, il répond que la contagion, quoique réelle, peut être essentiellement soumise à l'existence de l'épidémie, et que, l'épidémie cessant, la contagion s'affaiblit nécessairement et finit par s'éteindre. Au fait, c'est la même réponse qu'il y a à faire à ceux qui allèguent contre la contagion, que la maladie n'est pas toujours contagieuse. L'exemption de quelques individus ne saurait prévaloir contre le principe, et les faits négatifs ne peuvent rien ici contre les faits positifs. Enfin, le docteur Mac-Michael établit par des citations importantes, que les médecins qui ont observé le choléra dans l'Inde, et laissé des rapports sur ce sujet, où sont contagionistes, ou ne se trouvent placés dans l'opinion anti-contagioniste que par l'effet de quelques-uns des motifs faux et des préjugés déraisonnables qui viennent d'être réfutés.

(H. G.)

Cours élémentaire, théorique et pratique de pharmacie, contenant le mode de préparation de tous les médicamens, décrit d'une manière claire et précise, avec l'indication de leur usage sous des formes et des doses variées selon les circonstances des diverses maladies; par M. Sallé, docteur en médecine, professeur de pharmacie, etc. etc. Paris, chez Ancelle, libraire, rue de là Harpe, nº 58. 1 vol. in-8º de 500 pages.

L'art de connaître, de conserver et de préparer les médicamens est aujourd'hui fondé sur des règles constantes; la pharmacie s'est élevée au niveau des autres sciences physiques et naturelles; tous les progrès de la chimie ont tourné à son profit; et bien que susceptible encore d'améliorations importantes, elle est cependant arrivée à un degré de perfection assez satisfaisant. Nous ne voulons parler toutefois que de la préparation des médicamens; car, sous le rapport de son organisation sociale et commerciale, la pharmacie réclame de grandes réformes dont le besoin se fait sentir tous les jours de plus en plus. Le cours élémentaire de pharmacie que nous annonçons ici est un ouvrage fait en conscience. Mais là se borne tout son mérite: il ne présente du reste rien de nouveau; c'est, en un mot, un livre fait avec d'autres livres. Dans le plan que l'auteur s'est tracé, il était difficile de faire autrement. Néanmoins, en indiquant l'usage des médicamens selon les circonstances des maladies, il pouvait examiner l'action de ceux-ci sur les organes de l'homme. Sous ce point de vue une mine féconde s'ouvrait devant lui et offrait à son investigation une foule d'observations de la plus haute importance. A quoi bon reproduire un ouvrage en mettant à la fin ce qui était au commencement, et *vice versâ*? Loin de nous la pensée de contester l'utilité d'un cours élémentaire de pharmacie; mais, Dieu merci, nous n'en manquons pas, et si les ouvrages de MM. Idt, Chevalier, Guibourg et Henry père ne se trouvent plus dans le commerce de la librairie, qu'on en publie de nouvelles éditions, en y ajoutant quelques notes pour les mettre au niveau des découvertes modernes; c'est la marche qu'aurait dû suivre M. Sallé. En littérature on peut présenter de mille manières le même sujet: dans les sciences d'application, au contraire, tout est positif et ne saurait varier. D'où nous concluons qu'il ne faut pas publier un *cours de pharmacie* quand on n'a rien de nouveau à dire.

(J.-J. Deville.)

Examen des conclusions du rapport de M. Double sur le choléra-morbus (adopté par l'académie royale de médecine, dans sa séance du 8 août 1831); par Dubois d'Amiens, D. M. — Broch. in-8° de 40 pag.

Semper ego auditor tantùm?
Juvenal, Sat. I.

«... Il n'est pas moins constant, dit M. Double, *que le choléra-morbus, à la manière de toutes les grandes épidémies, s'est le plus souvent étendu, multiplié, sous l'influence* de causes générales occultes, probablement *répandues dans l'atmosphère*, et dont l'action délétère *se trouve encore accrue, favorisée par le concours des causes qui ont été énoncées plus haut.*» (Rapport académique, p. 159.) — J'espère que cela est clair: La propagation du choléra tient à des causes occultes, probablement *répandues dans l'atmosphère*, et ces causes ont une *action délétère* qui est encore accrue par d'autres causes... ou, du moins, cela est infiniment *probable*. — Voilà pour la propagation du choléra. Quant à la nature de la maladie, pas plus de difficultés: Nous lisons à la page 148 du Rapport: «*Le choléra*, quant a sa nature, *est une maladie complexe.* Il est une complication *résultant d'une* altération profonde *du système nerveux et* d'un mode particulier *de l'état catarrhal, réunis à des degrés variables.*» — Quoi de plus simple, de plus clair et de plus précis! — Enfin, relativement au traitement, «... Ranimer l'innervation generale, l'augmenter et en rendre la distribution plus uniforme et plus regulière; *exciter, réchauffer les surfaces refroidies de la peau*; relever les forces: *telles sont les indications capitales* dominantes *du choléra épidémique. — Attaquer ensuite l'état catarrhal* a l'aide des moyens dont l'experience a consacré les heureux résultats, *constitue une autre indication* analytique *qui n'a guère moins d'importance.*» (p. 150 du Rapport.) — Après des conclusions aussi lumineuses et un résumé aussi instructif, on conçoit facilement que *l'académie* a dû s'estimer *heureuse de répondre aux sollicitudes du public en se hâtant de mettre au jour les résultats de ses délibérations*, comme il est dit à la page 145 du Rapport. — Toutefois, il ne faut pas croire que cette œuvre solennelle,

publiée avec autorisation du gouvernement, dans l'intérêt du public et des médecins, ait également satisfait tout le monde. Plus d'un homme de l'art, qui s'était empressé d'y puiser des lumières et de l'instruction, s'est trouvé singulièrement déçu dans ses espérances, et n'a pas craint de dire tout haut que l'académie, et en particulier le savant rapporteur de cette illustre société, auraient pu facilement tirer meilleur parti des documens nombreux qu'ils avaient (s'il faut en croire le rapport) *si péniblement réunis* et *si laborieusement étudiés!* M. Dubois d'Amiens, négligeant le corps du rapport (qui offrait pourtant un beau champ à la critique), s'est attaché à combattre le *résumé* et les *conclusions*, qui, suivant lui, appartienent en propre au rapporteur et ne compromettent nullement le corps académique. Il discute ces conclusions article par article, et finit par exprimer, en quelque sorte, le regret que l'académie de médecine n'ait pas suivi l'exemple si commode donné par l'académie des sciences, laquelle a déclaré en plein institut, qu'en raison de l'état actuel des connaissances médicales et de l'incohérence de tous les documens relatifs au choléra-morbus, *il serait absurde* de tenter de faire un rapport sur cette épidémie, et qu'en conséquence la commission nommée *ad hoc*, et dont M. Duméril était le rapporteur, ne ferait pas ce travail: il faut avouer que cela aurait bien déconcerté les critiques!

Heureusement pour M. Dubois d'Amiens, l'académie de médecine a été plus hardie ou plus *laborieuse* que l'académie des sciences, et M. Double lui a donné matière à exercer sa plume, parfois un peu austère. « *Dire tout simplement* (remarque notre critique, à la p. 7 de son EXAMEN) *que le choléra naît et se perpétue sous l'influence de localités* PARTICULIÈRES *aux climats, et qu'il attaque plusieurs individus à la fois sous l'influence d'une constitution médicale, sans donner la moindre notion sur cette particularité de localités et sur les conditions de cette constitution, c'est avouer qu'on n'en sait pas plus sous ces rapports que le commun des hommes; c'est faire une remarque juste, si l'on veut, mais vulgaire, banale et réellement peu scientifique.* » Un peu plus loin (p. 15): « *Voilà*, s'écrie M. Dubois, *à quoi se bornent toutes nos connaissances prétentieuses relativement à cette maladie.* Depuis qu'on s'est avisé d'observer, depuis que les médecins ont consigné leurs observations dans des livres, on sait que l'homme peut éprouver tout à coup, et au milieu de circonstances variées, des douleurs épigastriques, des anxiétés, des vertiges, des vomissemens répétés, des selles fréquentes, etc., et que, dans une proportion ef-

frayante, ces symptômes peuvent se terminer par une mort assez prompte; on sait que ces symptômes se sont montrés et se montrent encore chez quelques individus isolés, qu'ils sévissent surtout dans certaines contrées, qu'ils frappent aussi parfois sur un grand nombre d'individus, que tout récemment enfin des populations nombreuses en ont été successivement frappées, à partir des bord du Gange jusqu'à la mer Baltique, et jusqu'aux rives du Danube.... Les médecins de toutes les époques et de tous les pays n'ont d'autre mérite que d'avoir retracé ces symptômes dans leurs écrits, que d'en avoir formé une individualité morbide, et de lui avoir donné le nom de *choléra-morbus*, sauf à y ajouter, pour l'honneur de la science, une étymologie hypothétique, des définitions absurdes et des épithètes savantes, telles que *sporadique*, *catastatique*, etc., suivant que quelques individus ou plusieurs.... Mais on sait tout cela *usquè ad nauseam*. Maintenant, le rapport de M. Double à la main, et fort du résumé de tout ce qui a été écrit sur le choléra, je défie qui que ce soit de me prouver que nous savons quelque chose de plus, quelque chose de rigoureux, de positif, abstraction faite de ce groupe de symptômes. Nous avons déjà vu, dans l'examen des paragraphes précédens, que les causes générales et particulières, éloignées et prochaines, etc., nous sont inconnues. Plus tard nous verrons que, sur la nature de cette maladie, les idées de M. Double sont plus que ridicules; et nous verrons enfin que, relativement au traitement, il s'est permis de faire une véritable mystification. » — Je ne suivrai pas plus loin M. Dubois d'Amiens: le passage que je viens de citer suffira pour donner une idée d'une critique, que, pour ma part, j'aurais désirée un peu moins mordante et un peu plus étendue; la science y aurait gagné et M. Double n'y aurait rien perdu. (G.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Ouvrages publiés dans le mois de novembre 1831.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES; par MM. Andral, Bégin, Blandin, Bouillaud, Bouvier, Cruveilhier, Cullerier, Deslandes, Devergie, Dugès, Dupuytren, Foville, Guibourt, Jolly, Lallemand, Londe, Magendie, Martin-Solon, Ratier, Rayer, Roche, Sanson. TOME SEPTIÈME (Elec.-Exut.). In-8. Prix: 7 fr.

A Paris, chez les libraires-éditeurs, Méquignon-Marvis, rue du Jardinet, n. 13; J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 bis.

PHYSIOLOGIE MÉDICALE, didactique et critique; par J. V. Gerdy, chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Saint-Louis, professeur d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et de chirurgie, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome premier, première partie. In-8. Prix: 3 fr. 75 c.

Le Traité de Physiologie de M. GERDY formera 4 volumes in-8 d'environ 800 pages d'impression, et sera divisé en huit parties, qui seront publiées dans le cours des années 1832 et 1833.

A Paris, librairie de Crochard, rue et place de l'École-de-Médecine, n. 13.

MÉMOIRE SUR L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE, désignée sous le nom de CHOLÉRA-MORBUS de l'Inde, contenant une analyse de tout ce que les auteurs les plus estimés ont écrit sur les causes, les symptômes, la nature, le traitement de cette maladie et sur les moyens de s'en préserver; par F. Leuret, docteur en médecine, membre de la commission de salubrité du douzième arrondissement de Paris, etc.; suivi des dispositions législatives concernant les mesures sanitaires, extrait des Annales d'hygiène publique et de médecine légale. In-8. Prix: 3 fr.

MÉMOIRE SUR LE CHOLERA-MORBUS; par M. le baron Lar-

rey, membre de l'Institut de France, du conseil de santé des armées. In-8. Prix : 1 fr. 50 c.

RAPPORT SUR LE CHOLERA-MORBUS, lu à l'académie royale de Médecine en séance générale, les 26 et 30 juillet 1831. In-8. Prix : 3 fr.

TRAITÉ DU CHOLERA-MORBUS, considéré sous le rapport médical et administratif, ou Recherches sur les symptômes, la nature et le traitement de cette maladie, et sur les moyens de l'éviter; par F. G. Boisseau, membre de l'académie royale de médecine, de la commission de salubrité du dixième arrondissement de Paris, suivi des instructions concernant la police sanitaire, publiées par le gouvernement. In-8. Prix : 6 fr.

FLORE MÉDICALE, décrite par MM. Chaumeton, Poirée, Chamberet, peinte par madame E. P. et par J. P. Turpin, nouvelle publication, 68e et 69e livraisons. Grand in-8, fig. color. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez Panckouke.

LA CAUSE DES EPIDÉMIES DÉVOILÉE, ou Expériences tout-à-fait concluantes sur l'art d'assainir les hôpitaux, les camps, les prisons, les palais, les vaisseaux, les habitudes particulières à la ville et à la campagne, les voitures publiques, et de préserver infailliblement les nations du choléra morbus, de la peste, de la fièvre jaune et généralement de tout fléau épidémique. Travail confirmatif de la découverte de la médecine physi-dinamique, et destiné à renverser *tous les sophismes* de l'école dite physiologique ou d'irritation et de physique actuelle, sur les attributs de la matière de l'homme et de la matière universelle; par J. P. Bachoué de Lostatot. In-8.

DE LA MEDECINE OPERATOIRE; par R. B. Sabatier; nouvelle édition faite sous les yeux de M. le baron Dupuytren; par L. J. Sanson et L. J. Bégin; revue sur le texte de la seconde édition, qui est entièrement conservé, de généralités sur les opérations et les pansemens, et augmenté de l'anatomie chirurgicale des parties, de l'indication des procédés récemment découverts, et enfin de l'appréciation des méthodes et des procédés relatifs à chaque opération. 4 vol. in 8, et portrait. Prix : 28 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent aussi à la LIBRAIRIE MEDICALE DE GABON, rue de l'École-de-Médecine, n. 10.

REVUE MÉDICALE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

CLINIQUE DE M. RÉCAMIER A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS.

Observations recueillies par M. Bonnet, interne attaché à ce service.

1° *Polypes utérins extirpés par divers procédés.*

Les anciens volumes de ce journal contenaient une exposition des faits les plus remarquables observés chaque mois dans le service de M. Récamier. Diverses circonstances ayant interrompu le cours de ces publications, nous les reprenons aujourd'hui, nous proposant de leur consacrer par la suite des articles plus ou moins étendus. Dans l'étude des faits que nous avons à faire connaître, nous ne suivrons point un ordre chronologique; mais, suivant les intentions de ce médecin, nous rassemblerons en groupes tous les faits particuliers qui se rapprochent et peuvent par leur comparaison conduire à des conséquences propres à éclairer la science du diagnostic ou celle du traitement. Nous commencerons par les polypes de la matrice.

Dans le cours de cette année, quatre femmes, affectées de polypes de la matrice, se sont présentées dans les salles de M. Récamier ; l'une a été guérie spontanément, les trois autres l'ont été par des opérations diverses, telles que le broiement, la ligature et l'arrachement.

La première méthode servit à détruire un polype mou et vasculaire. La femme qui le portait était âgée de trente-deux ans, d'un tempérament nerveux; et, depuis deux mois et demi, ressentant les atteintes de son mal, elle avait d'abord éprouvé une hémorrhagie utérine qui dura dix jours, et fut remplacée par l'écoulement d'une sanie rougeâtre, semblable par son odeur à celle du sang et du mucus décomposés.

Les hémorrhagies reparurent de temps à autre, et, lors de l'entrée à l'Hôtel-Dieu, le moindre mouvement suffisait pour les reproduire. Le pouls était faible et lent, la pâleur extrême, la malade sans force et ne pouvant quitter le lit. Le polype avait un volume égal à celui du gros orteil; il paraissait s'implanter par une base assez large sur la partie supérieure et droite du col de la matrice, dont il dépassait de près d'un demi-pouce l'orifice inférieur. Les bords dilatés du museau de tanche étaient légèrement ramollis, mais, du reste, sans aucune altération. M. Récamier crut d'abord la ligature nécessaire; mais, au moment de la pratiquer, il s'aperçut que le polype était assez mou pour être broyé avec l'extrémité du doigt. L'ayant alors pressé fortement avec l'indicateur de la main droite, il parvint à le diviser, le réduisit en pulpe, et put l'extraire en moins de deux minutes. Les personnes qui assistaient à l'opération constatèrent que le col était parfaitement libre, et la tumeur complètement enlevée. Cependant son extraction ne produisit guère plus de douleur qu'un toucher ordinaire, et le renouvellement de l'hémorrhagie n'en fut pas la conséquence. Dans la journée des douleurs assez vives se firent sentir dans la région hypogastrique et dans les reins; elles se dissipèrent dès le lendemain à la suite des cata-

plasmes, des lavemens émolliens et des injections d'eau de guimauve qui furent continuées les jours suivans. Dès le troisième jour après l'opération, l'écoulement avait cessé, le museau de tanche était revenu sur lui-même et avait repris sa fermeté. Quelques jours plus tard la malade sortit parfaitement guérie.

Le succès de cette opération, aussi facile que prompte, engagea M. Récamier à essayer le même procédé pour un autre polype qu'il fut appelé à traiter quelque temps après. Mais la dureté fibreuse de la tumeur n'ayant point permis d'employer le broiement, il eut recours à la ligature. L'opération ne présenta rien de particulier; la tumeur tomba au sixième jour, et la malade put se lever au dixième: les hémorrhagies et les douleurs avaient cessé; mais les flueurs blanches, qui dataient de quinze ans, continuèrent à couler.

La troisième malade, dont nous avons à parler, avait eu pendant un mois une hémorrhagie très-abondante qui avait failli causer sa mort; elle vint à l'Hôtel-Dieu lorsque cette hémorrhagie était arrêtée depuis trois jours. Elle était alors pâle et faible, et ne pouvait se soutenir; le toucher fit reconnaître dans l'intérieur de la matrice un polype dont il était impossible d'atteindre la base avec le doigt. Le museau de tanche ne faisait plus qu'un anneau à peine sensible, comme lorsque la matrice est dilatée par le produit de la conception; il était sans dureté, avait plus d'extensibilité que dans l'état ordinaire, et permettait facilement l'introduction du doigt indicateur. Deux ou trois lignes au dessus de son orifice on sentait un corps arrondi, libre de toutes parts, et dont la consistance paraissait un peu moindre que celle de la matrice. Le toucher était suivi

d'un léger écoulement de sang, et celui qui recouvrait le doigt n'était mélangé que d'une petite quantité de mucosités inodores.

M. Récamier pensa que le procédé le plus convenable pour enlever ce polype était la torsion du pédicule; il fit abaisser la matrice par la pression de l'hypogastre, et il introduisit dans le col le doigt indicateur de la main droite, qui servit de conducteur à une de ces pinces à anneau dont on se sert pour tordre les polypes des fosses nasales. Lorsqu'il eut saisi la tumeur, il chercha à faire la torsion; mais le polype s'étant déchiré, la pince entraîna la partie qui était comprise entre ses mors. Ce résultat décida M. Récamier à arracher le reste de la tumeur; il introduisit six ou huit fois la pince et l'index, en se servant de la pince fermée pour saisir le pédicule du polype et ses débris, en les pressant contre le doigt qui l'empêchait de commettre aucune erreur dans le choix des parties qu'il voulait extraire : il saisit ainsi entre la pince fermée et son doigt et enleva en diverses fois les débris du polype. S'il ne se fût servi de la pince comme levier, la profondeur de l'utérus, malgré son abaissement, l'eût empêché de pouvoir saisir les lambeaux à extraire; car il ne pouvait les prendre avec un seul doigt. Cette avulsion fut répétée trois à quatre fois jusqu'à ce que la tumeur, qu'il était possible de sentir, fut enlevée. La malade ne parut pas beaucoup souffrir dans cette opération qui dura de huit à dix minutes. Une demi-heure après, elle prit un demi-bain; trois heures plus tard elle éprouva un frisson qui dura près d'une heure, et fut suivi d'une vive chaleur accompagnée de sensibilité à la pression dans la région hypogastrique. Ces symptômes pouvaient être les

signes avant-coureurs d'une métro-péritonite, que faisait craindre l'introduction souvent répétée des instrumens et de la main dans l'utérus; on appliqua vingt sangsues sur le ventre, dix à droite dans la région iliaque et autant à gauche du côté correspondant. L'hémorrhagie qu'elles produisirent dura six à sept heures, et le soir il n'y avait pas la plus légère douleur dans le ventre. Dès ce moment la malade prit un bain chaque jour; elle fut mise à une diète sévère, et l'on évita de la toucher de peur d'irriter l'utérus. Les douleurs ne reparurent point, et l'écoulement du sang et du mucus ne continua qu'en très-petite quantité. Vingt jours après, le col de l'utérus était fermé et les parties génitales dans leur disposition naturelle. La malade sortit alors, toujours faible, mais ayant assez de force pour marcher; ses digestions étaient difficiles, et elle n'éprouvait aucun autre symptôme morbide du coté de l'utérus que quelques flueurs blanches rougeâtres et inodores.

Cette opération se rapproche à tous égards de celle que nous avons fait connaître au commencement de cet article; elle n'en diffère que par l'emploi d'un instrument qui servit à broyer et à extraire la tumeur, située trop profondément et trop haut pour que le doigt pût l'atteindre. Quoique nous n'ayons que ces deux observations à citer sur le broiement employé comme méthode de destruction des polypes de la matrice, il nous semble qu'on ne saurait trop engager les praticiens à l'essayer avant de recourir à la ligature, dont l'application exige des mains exercées, oblige de laisser pendant plusieurs jours un corps étranger dans le vagin, produit la gangrène et par suite la décomposition du polype, et fait séjourner, dans des parties irritables, un corps d'où s'exhalent continuellement des produits infects.

On a remarqué le développement rapide des deux polypes qui furent traités par le broiement; les hémorrhagies graves qui en furent la conséquence, et l'état d'anémie commençante où se trouvaient les malades qui en furent affectées. Ces deux polypes étaient mous, vasculaires, semblables par leur texture à des tissus érectiles dont la portion vasculaire serait très-développée. Celui qui fut guéri par la ligature était de texture fibreuse; il paraissait dater de six ans, et les hémorrhagies qui avaient commencé à cette époque avaient affaibli la malade sans l'épuiser. Ces différences, dans la marche et les effets des polypes fibreux et vasculaires, peuvent servir, indépendamment du toucher, à faire présumer quelle est la nature de la tumeur qui produit les accidens, et quel est le traitement qui peut lui être appliqué. Heureusement la rapidité avec laquelle le broiement guérit les polypes vasculaires est parfaitement en rapport avec la gravité des accidens qu'ils déterminent; mais ces accidens eux-mêmes paraissent assurer le succès de l'opération; car cet état d'anémie, dans lequel se trouvaient la première et la seconde femme dont nous avons parlé, contribua sans doute à prévenir l'inflammation de la matrice ou du péritoine. Le soin que l'on eut de ne répéter le toucher qu'un petit nombre de fois, le traitement émollient que l'on employa dès le jour même où l'opération fut pratiquée, assurèrent la guérison, et ce n'est qu'autant que de telles circonstances se trouvent réunies que l'on peut attendre des succès semblables à ceux qu'a obtenus M. Récamier.

A ces observations nous devons ajouter celle d'une femme qui guérit spontanément d'un polype de l'utérus. Lorsqu'elle vint à l'Hôtel-Dieu, elle avait, depuis trois

mois, une perte utérine assez abondante; sa faiblesse et des douleurs hypogastriques l'obligeaient de garder le lit. On parvint à faire cesser l'écoulement du sang; mais cette suppression fut aussitôt suivie de coliques, d'insomnie, de gêne dans la respiration, si bien que l'on dut cesser de s'opposer à l'hémorrhagie; le toucher ne fit pas reconnaître d'autre altération qu'une déchirure du col, longue de trois à quatre lignes, et qui datait sans doute d'un accouchement. Les bords de cette plaie étaient cicatrisés, et rien n'éclairait sur la cause des hémorrhagies, lorsque huit jours après le dernier toucher la malade rendit un corps molasse, du volume de la dernière phalange du pouce. Ce corps ressemblait à de la fibrine coagulée, et l'on aurait pu le confondre facilement avec cette substance, si l'enveloppe muqueuse qui envoyait quelque prolongement fibreux dans son épaisseur, ne l'eût fait considérer comme un polype. Trois jours après cette expulsion les hémorrhagies s'étaient arrêtées, sans que leur suppression fût suivie d'aucun accident, et la malade était revenue à la santé.

Cette observation, tout en fournissant un exemple remarquable de guérison spontanée d'un polype de la matrice, ne se rapproche des observations précédentes que par la gravité des accidens qu'a produits un polype vasculaire : aussi aurions-nous attendu, pour la citer, d'autres fait analogues, si nous faisions ici un relevé clinique plutôt qu'un mémoire sur les polypes de l'utérus.

Remarques de M. Récamier.

Au sujet des observations de polypes utérins, recueillies par M. Bonnet, dans les salles dont je suis chargé, je ferai quelques remarques.

1° Il m'a semblé que la ligature était moins facilement suivie de récidive que la section du pédicule, qui peut d'ailleurs n'être pas possible dans tous les cas.

2° Le succès de la torsion et de l'arrachement dans les polypes des fosses nasales suffit pour autoriser l'application de la même méthode aux polypes utérins, en prenant les précautions convenables pour fixer l'utérus par l'hypogastre en même temps qu'on l'abaissera. Il est nécessaire, pour juger la valeur du troisième fait, de bien comprendre que la pince, dans le premier temps de l'opération, n'a été portée dans l'utérus, abaissé et fixé par l'hypogastre, que sur le doigt indicateur, qui lui servit de conducteur pour saisir le pédicule et le tordre en partie; je dis en partie, parce qu'il était trop volumineux pour que la pince pût l'embrasser en entier. Dans le second temps de l'opération, je me servis de la pince comme d'un lévier pour presser contre l'extrémité de mon doigt, d'abord les restes du pédicule pour le détruire, et ensuite les débris du polype pour les extraire, afin qu'ils n'empêchassent pas l'utérus de revenir immédiatement sur lui-même. La personne qui fait le sujet de cette observation est parfaitement rétablie, quoique depuis son retour chez elle elle ait éprouvé une fièvre grave.

3° La possibilité du succès du broiement des polypes utérins m'a été prouvée par un fait que je dois faire connaître; car il servira à montrer, en même temps, que les métrites et les péritonites sont peut-être moins à craindre qu'on ne pourrait le croire de prime-abord dans les opérations sur l'utérus. En 1816, il entra dans une des salles de mon service une femme de vingt-cinq à trente ans, en proie à des hémorrhagies utérines déjà anciennes et si abondantes qu'elles la mettaient à deux doigts de sa

perte. L'examen me fit reconnaître que le col de l'utérus était entr'ouvert et formait un anneau roide de douze ou quinze lignes de diamètre, au dessus duquel je trouvai un corps sphéroïde, dense, que je considérai comme un polype fibreux destiné à franchir le col utérin aussitôt qu'il se prêterait à cette espèce d'accouchement. J'attendis donc, afin de donner à la nature le temps de produire elle-même spontanément l'expulsion du corps étranger; mais les pertes continuant avec profusion, les douleurs devenant de plus en plus violentes, et les forces s'épuisant de plus en plus, malgré la vigueur primitive de la constitution de la malade, je fis prier M. Dupuytren de se joindre à moi pour l'examiner et aviser à ce qu'il y avait de mieux à faire. M. Dupuytren reconnut le polype, sa consistance et la roideur de l'anneau formé par le col de l'utérus. Dans l'impossibilité de dilater le col utérin, il proposa de l'inciser, ce qui fut adopté; mais, malgré cette opération préliminaire, il fut encore impossible de le dilater et de faire sortir de la cavité utérine le polype qui fut impitoyablement broyé par les pinces à érigne et les doigts. Lorsque M. Dupuytren fut fatigué, je pris sa place, afin de juger si je serais plus heureux à saisir ou à extraire les lambeaux du polype. Je ne parvins qu'à en faire de la filasse avec la pince à érigne entre les mors de laquelle glissaient ses filamens.

La malade fut remise dans son lit. La perte était suspendue; les demi-bains, les cataplasmes, les injections, les saignées locales, les boissons adoucissantes et un régime doux et léger réussirent au point que cette femme ne présenta aucun phénomène inflammatoire grave. Les débris du polype s'échappèrent peu à peu comme des escarrhes; tout écoulement cessa, et cette personne sortit

un mois après de l'Hôtel-Dieu, encore faible, décolorée et amaigrie, mais d'ailleurs en bon état. Neuf ou dix ans après, je fus salué par une personne remarquable par sa belle santé, son embonpoint et ses belles couleurs : c'était la malade dont il s'agit, qui me remerciait du supplice que M. Dupuytren et moi lui avions fait supporter pour la délivrer de ses pertes qui n'avaient plus reparu.

4° Le diagnostic des polypes utérins n'est pas sans difficulté dans tous les cas. Je fus mandé en consultation, rue des Boucheries-Saint-Germain, pour une dame de trente-sept à trente-huit ans, je crois, avec M. Grimaud et M. Rostan, médecin ordinaire de la malade. M. Rostan nous entretint d'un engorgement inégal reconnu par lui au col de l'utérus de la malade, plusieurs mois auparavant, et plus tard des scissures qu'il avait trouvées au museau de tanche. Les hémorrhagies avaient été peu considérables. J'examinai et je trouvai appendu dans le vagin un polype fibreux pédiculé. Je dis à M. Rostan : Vous avez examiné pendant la grossesse et pendant l'*accouchement*; pour moi, je n'ai à constater que la *sortie* d'un polype de l'utérus dans le vagin. Le fait vérifié, le polype fut lié par M. Amussat, et j'ai appris la guérison parfaite de la malade.

Dans une autre circonstance, je fus mandé, rue de Bellechasse, pour madame de M***, à laquelle M. Désormeaux donnait ses soins. Madame de M***, âgée de quarante-deux ou quarante-trois ans, était condamnée à rester au lit depuis quatre ans et demi environ, avec un écoulement inodore, incolore et très-diffluent, de la plus grande abondance. Elle ne pouvait garder la position verticale, à raison de la faiblesse, des malaises et des

douleurs que cette situation lui causait; elle était très-décolorée.

M. Désormeaux m'apprit que M. Dubois père ayant été consulté, avait cru à la possibilité d'une ligature, puis, au moment de la faire y avait renoncé, et avait cessé de voir la malade. Après M. Dubois, la famille prit l'avis de M. Dupuytren avec celui de M. Reis père, médecin ordinaire de la malade; M. Dupuytren se contenta d'engager M. Reis à se borner aux moyens d'une médecine palliative. Plus tard M. Désormeaux ayant été demandé, était devenu le médecin ordinaire de la malade, et c'est avec lui que je l'examinai. Voici ce que je reconnus :

Le vagin était rempli par une tumeur volumineuse, inégale, et comme ulcérée à sa partie inférieure. En remontant le long de cette tumeur, on trouvait sa surface lisse, sa densité assez grande; sa longueur était de plusieurs pouces (trois et demi à quatre environ). Vers l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, on trouvait un rétrécissement au dessus duquel je parvins, non sans de grandes difficultés, en abaissant l'utérus par l'hypogastre, à constater l'existence de l'intégrité du col de cet organe formant un anneau entier, lisse et souple, traversé par le pédicule également lisse et souple de la tumeur qui remplissait le vagin. Les linges que salissait la malade étaient fermes, comme si on les eût mouillés avec de l'eau de gomme arabique; leur odeur était fade, mais sans fétidé. Mon avis fut de pratiquer immédiatement la ligature de cette tumeur que je me crus fondé à considérer comme un polype. M. Boyer ayant été du même avis, l'opération fut faite par M. Désormeaux. Quelque temps après, je fus rappelé en consultation : la ligature

avait été plus de trois semaines à tomber, l'écoulement fade continuait, et la malade ne pouvait encore garder la position verticale. L'examen des parties me fit reconnaitre que la ligature était tombée sur le rétrécissement de la tumeur, et non pas sur son pédicule: mon avis fut qu'on devait immédiatement en mettre une seconde plus haut. Cela ayant été fait, la ligature tomba en très-peu de jours avec les restes du polype. La malade s'est rétablie et a repris ses habitudes domestiques et de société depuis plusieurs années.

D'après ces faits, il est clair 1° que le développement d'un polype dans l'intérieur de l'utérus peut simuler un engorgement de cet organe; 2° que l'ulcération de la partie inférieure d'un polype volumineux peut faire supposer un cancer utérin; 3° que la même méthode n'est pas applicable à la destruction de tous les polypes.

II. *Tic douloureux guéri par la section du nerf sous-orbitaire*; par M. BONNET.

La section du nerf sous-orbitaire a été indiquée comme remède extrême dans les tics douloureux, lorsque les moyens médicaux sont restés impuissans. Mais les chirurgiens, en conseillant cette opération, ne l'ont point décrite avec assez de précision pour qu'il fût possible de mettre leur conseil en pratique, sans faire soi-même des recherches propres à remplir les lacunes qu'ils ont laissées : c'est à quoi nous avons été conduits dans un cas où nous fûmes chargés par M. Récamier de faire cette opération. La maladie qui l'avait rendu nécessaire existait depuis vingt ans, et deux ans auparavant avait été

traitée par la section du nerf sous-orbitaire. La guérison avait été complète pendant neuf mois; mais, au bout de ce temps, les douleurs étaient revenues avec toute leur intensité; et lorsqu'un an plus tard le malade vint à l'Hôtel-Dieu, ces accès horriblement douloureux se reproduisaient presque toutes les cinq minutes, et le malade craignait tellement leur retour qu'il se privait de manger, quoique sa faim fût aussi vive que dans l'état de santé le plus parfait. Des applications de cyanure de potassium dissous dans l'eau, et à la dose de douze à quarante grains par jour, produisirent un tel soulagement que les accès purent être éloignés de plusieurs fois vingt-quatre heures; mais ils revinrent peu à peu, sans que l'extraction de deux dents cariées, l'application d'un vésicatoire recouvert d'hydrochlorate de morphine, et celle de cyanure de potassium, pussent en arrêter les progrès. Un mois après cette rechute ils se renouvelaient presque tous les quarts d'heure, et l'on fut obligé d'en venir à la section que le malade demandait avec instance, encouragé par le succès de la première opération. Celle que nous pratiquâmes fut suivie d'un égal succès pendant les quinze jours qui s'écoulèrent entre le moment où elle fut faite et la sortie du malade. Non-seulement les accès ne se renouvelèrent pas, mais les douleurs fixes, qui avaient toujours existé dans l'intervalle des accès, disparurent dans la joue, le front et le trajet du nerf dentaire inférieur. La douleur de l'opération, quoique assez vive, fut moindre que celle d'un fort accès; elle dura de dix à douze minutes: la première avait duré quarante-cinq minutes, par suite de la difficulté à arrêter l'écoulement du sang; la cicatrice qu'elle avait laissée était d'un pouce de longueur, suivait exactement le sillon qui s'étend de l'angle interne de

l'œil à la partie moyenne de la joue, et se perdait si bien dans l'enfoncement que présente la peau, qu'il fallait de l'attention pour l'apercevoir. Cette direction avait tout à la fois l'avantage de cacher la difformité et de suivre le trajet de la veine faciale; mais elle exposait à la lésion de cette veine, dont la blessure avait sans doute produit l'hémorrhagie qui avait compliqué l'opération : ainsi nous parut-il convenable de faire l'incision une ligne au dessus du sillon, en évitant par là les tissus denses et adhérens qui devaient former la cicatrice. Il nous parut aussi que la recherche du nerf devrait être faite d'après des règles semblables à celles qui guident les chirurgiens dans les ligatures d'artères situées dans la continuité des membres; en un mot, que l'incision de la peau une fois achevée, il suffisait d'écarter avec une sonde cannelée les tissus musculaires qui recouvrent les filets nerveux, et qu'il ne fallait couper qu'après les avoir rassemblés sur la concavité d'une sonde cannelée. Cette méthode adoptée, il ne s'agissait plus que de déterminer la position du nerf, et nos observations sur le cadavre nous avaient démontré qu'il se trouvait précisément au dessous du rebord inférieur de l'orbite, à une ligne en dehors d'un trait abaissé perpendiculairement au point lacrymal inférieur. Ainsi fixé sur la direction de l'incision, la position du nerf et le procédé à suivre pour aller jusqu'à lui, j'incisai la peau dans l'étendue d'un pouce, de manière à ce que la partie moyenne de la plaie correspondît à la sortie présumée du nerf sous-orbitaire. Le premier coup de bistouri ouvrit les deux artères palpébrales; la torsion suffit pour arrêter immédiatement l'hémorrhagie. Ayant alors écarté les fibres du muscle orbiculaire des paupières et celles du releveur de la lèvre

supérieure, j'arrivai jusqu'à l'os. Je pris alors une sonde cannelée que j'avais eu soin de recourber, et la plaçant une ligne et demie en dehors de l'endroit où je soupçonnais le nerf, je raclais fortement contre le maxillaire supérieur; et relevant la sonde après un trajet de trois lignes, je tâchais d'embrasser tous les filets nerveux si promptement épars au dessous du trou sous-orbitaire; je les soulevais de cette manière, embrassant aussi quelques fibres du releveur de la lèvre inférieure, dont la face supérieure masquait l'origine. La section de toutes les parties qui se trouvaient sur la sonde n'ayant point amené cette détente dans la face, cette absence de douleur qui avait suivi la première opération, je recommençai la même manœuvre, et cela cinq à six fois, jusqu'à ce que le malade dît qu'il n'éprouvait plus aucune douleur semblable à celle de la névralgie, et que la sonde cannelée, après avoir roulé contre l'os, pût être relevée sans difficulté. Les mouvemens des lèvres devinrent alors extrêmement libres; la sensibilité fut détruite en dedans et en bas du nerf, dans une surface d'un pouce carré à peu près. Une hémorrhagie, survenue après la dernière section, m'annonça la blessure de l'artère sous-orbitaire; mais l'écoulement du sang fut si faible qu'il suffit pour l'arrêter de réunir la plaie par première intention.

Il est impossible de se dissimuler que la récidive ne soit à craindre, et que la résection du nerf n'eût été préférable à la simple section. La difficulté d'enlever des portions du nerf, seule cause qui m'empêcha de faire la résection, ne tenait pas seulement à l'effusion du sang, mais à la rétraction des deux bouts que l'on ne peut retrouver même sur le cadavre. Aujourd'hui j'évi-

terais cette difficulté en saisissant avec une pince ou un fil serré les parties comprises sur la sonde cannelée, et je les couperais aussi loin qu'il est possible du point par lequel je les aurais saisies; en un mot, je pratiquerais l'opération comme je l'ai faite, en ayant soin de détacher l'insertion supérieure du releveur de la lèvre supérieure, et de réséquer le nerf avec les précautions que je viens d'indiquer.

MÉMOIRE

Sur la stomatite pseudo-membraneuse,

Par le docteur F. Ribes père, médecin ordinaire de l'Hôtel-Royal des Invalides.

La stomatite pseudo-menbraneuse consiste dans l'inflammation de la membrane buccale, de l'embouchure des vaisseaux exhalans, ainsi que des follicules ou *cryptes* muqueux de la bouche et du pharynx, inflammation qui donne lieu à la destruction de l'épithélium (1), et à une exsudation couenneuse qui forme un des caractères principaux de cette affection.

La stomatite est-elle une maladie essentielle, ou bien seulement un phénomène pathologique dépendant de l'altération profonde d'un organe éloigné du lieu malade? c'est ce que je ne cherche pas à déterminer ici.

---

(1) C'est ainsi que Ruych nomme la pellicule mince qui tapisse la membrane interne de la bouche et du canal intestinal.

Dès le premier temps que je suivis les cours de clinique dans les hôpitaux, j'eus occasion de voir la stomatite pseudo-membraneuse; mais alors je confondais cette exsudation couenneuse avec l'enduit qui couvre la langue dans le cas de certaines maladies. Comme les individus chez lesquels j'observais ce phénomène se trouvaient presque toujours atteints en même temps d'une autre affection grave, mon attention était entièrement portée sur la maladie principale; et d'ailleurs le professeur ne nous faisant aucune remarque à ce sujet, je regardais la stomatite comme un état simplement accessoire à la maladie dominante. Mais je ne tardai pas à distinguer l'enduit saburral de la langue d'avec l'enduit qui constitue la stomatite pseudo-membraneuse.

Dans le premier cas, la langue seulement est recouverte d'une sorte de croûte formée par une couche de mucus épais, blanc-jaunâtre. Souvent cet enduit est sec, aride, brun, et finit par devenir noir. Il est presque toujours adhérent à la langue; mais, dans quelque état qu'on l'observe, il se borne toujours à la face supérieure de la langue, tandis que les autres parties de la bouche n'en sont pas recouvertes.

Dans le cas de stomatite pseudo-membraneuse, au contraire, la couenne recouvre non-seulement la face supérieure de la langue, mais encore tout l'intérieur de la bouche, soit par une couche non interrompue, soit par plaques: souvent cet enduit se décolle, tombe, se régénère, et bientôt il est remplacé par un nouvel enduit parfaitement semblable à celui qui s'est décollé.

Ainsi la couenne de la stomatite pseudo-membraneuse me parut si différente de la croûte qui couvre la langue des personnes atteintes de fièvre adynamique, que par la

suite il me fut facile de distinguer le premier de ces états du second.

Mais bientôt je me trouvai dans un certain embarras. J'avais déjà observé l'angine couenneuse ; j'avais reconnu que la fausse membrane donnait lieu au croup, en passant de l'isthme du gosier dans le larynx et les bronches ; et, comme la couenne de la stomatite me paraissait avoir la plus parfaite ressemblance avec celle de l'angine, lorsque je vis pour mon compte le premier cas de stomatite, je craignis que cette fausse membrane, au lieu de se porter seulement dans le pharynx et l'œsophage, ne pénétrât aussi dans le larynx, et ne produisît promptement le croup et la mort.

Le doute dans lequel je me trouvai me força de fixer très-particulièrement mon attention sur ces deux maladies. Les observations que je fis ensuite me tirèrent d'incertitude; enfin celles que je recueillis plus tard éclairèrent et vérifièrent les premières.

En effet, d'après l'article que j'ai publié, en 1828, dans la *Revue médicale*, sur l'angine couenneuse, on voit *que*, dans tous les cas, la membrane accidentelle s'est toujours portée de l'isthme du gosier dans le larynx et les bronches, et non ailleurs, tandis qu'ici nous allons voir que la couenne de la stomatite s'est portée de la bouche dans le pharynx et l'œsophage, et non dans le larynx qui est resté à l'abri de la maladie; nous allons voir comment cette fausse membrane s'est comportée sur les bords de la luette, du voile du palais, autour de l'épiglotte, et comment cette couenne, ne pénétrant pas par le larynx, s'est terminée à la partie supérieure du canal aérien.

Voici cinq observations que j'ai recueillies sur cette maladie, et quelques considérations sur le muguet, les

aphthes et l'angine couenneuse. Comme je ne pourrais exposer toutes ces observations avec une certaine étendue sans être forcé à des répétitions ennuyeuses et dénuées d'intérêt, je ne ferai connaître qu'en peu de mots les quatre premières ; quant à la cinquième observation, je la décrirai dans le plus grand détail, non-seulement parce que je l'ai recueillie avec tout le soin qui m'a été possible, mais encore parce qu'elle est en elle-même des plus remarquables.

Première observation. Le sujet de la première observation était un employé au ministère de l'intérieur, sous-chef du bureau des beaux-arts, phthisique, et en même temps atteint d'ascite et d'anasarque. Il mourut avec une stomatite pseudo-membraneuse. La coueme recouvrait presque toutes les parties de la bouche. Le malade ne sentait les boissons qu'il prenait que lorsqu'elles étaient parvenues vers le bas du pharynx ; mais alors il éprouvait de vives douleurs, jusqu'à ce que les boissons fussent arrivées dans l'estomac : cela tenait à ce que la membrane accidentelle recouvrait tout le pharynx, tandis que l'œsophage enflammé était dépourvu de cette couche couenneuse qui s'était décollée et qui était tombée, excepté dans quelques points.

Seconde observation. Le second cas fut observé chez une jeune personne âgée de vingt ans. Elle mourut phthisique. Pendant le dernier temps de son existence elle eut la bouche tapissée par une fausse membrane ; et, lorsque cette couenne se décollait, ce qui arrivait souvent, les parties restées à nu étaient d'une extrême sensibilité.

Troisième observation. La troisième fois que j'ai vu cette maladie, c'était chez un ancien officier supérieur, au neuvième jour d'une pneumonie violente. Ce militaire

eut toute la bouche et le pharynx couverts d'une couche couenneuse, blanche et épaisse, mais qui se décollait facilement. Le malade répugnait à boire, parce que, disait-il, les tisanes et les loochs descendent trois étages, et qu'à chacun il éprouvait une douleur comme si l'on y avait appliqué le feu. Ce brave officier mourut le quatorzième jour de sa maladie.

A l'ouverture du corps on trouva le pharynx et l'œsophage tapissés par une fausse membrane; mais cette couenne, décollée dans trois ou quatre endroits, laissait là à nu le pharynx et l'œsophage : c'étaient ces points qui sans doute étaient d'une extrême sensibilité, et causaient très-probablement tant de douleur au malade lorsqu'il prenait quelque boisson.

Quatrième observation. Le quatrième cas a été observé sur un vieux invalide, depuis long-temps phthisique. Ce militaire fut atteint, pendant les trente-cinq derniers jours de sa vie, d'une stomatite pseudo-membraneuse. Trois ou quatre jours avant de mourir ce malade ne voulait plus rien prendre, parce que les boissons *les plus* douces le faisaient horriblement souffrir : il attendait la mort avec la plus grande impatience.

Pendant la vie, la fausse membrane avait assez de consistance; mais à la mort du sujet, elle devint molle, pultacée: la bouche et le pharynx étaient entièrement recouverts par cette couenne. A l'œsophage, cette fausse membrane était détruite par plaques çà et là ; ces points avaient été extrêmement sensibles, et avaient causé beaucoup de douleur au malade, lorsqu'il prenait un liquide quelconque : l'épithélium n'existait plus dans les parties affectées.

Je ne crois pas que dans aucun de ces cas la stomatite

fût essentielle : il est probable que chez l'un des malades elle était en rapport avec la pneumonie, et chez les trois autres avec les tubercules des poumons et avec la phthisie dont ils étaient atteints.

Cinquième observation. Je vais exposer la cinquième observation, et par les détails dans lesquels nous allons entrer, nous suppléerons à ce que nous avons omis de dire dans les observations précédentes, du reste parfaitement analogues à celle-ci, qui n'en diffère presque que par la longueur de la maladie, dont la durée a été de quarante-quatre jours, et par quelques circonstances accessoires.

Madame *****, âgée de cinquante ans, d'un tempérament lymphatique, habitait depuis le commencement d'avril 1827, une maison bâtie dans un lieu bas, enfoncé, près du Luxembourg et de l'Observatoire. Elle occupait le rez-de-chaussée élevé par un perron au dessus du sol. Cette dame avait perdu depuis quelques années toutes les dents de la mâchoire supérieure, et il ne lui restait à la mâchoire inférieure que cinq ou six racines cariées des dents incisives et canines. Ses gencives étaient un peu gonflées, ramollies, et saignaient au moindre attouchement. Elle avait eu dans sa jeunesse une constitution assez forte, mais sa santé était depuis long-temps affaiblie par des pertes de sang et des flueurs blanches continuelles. Cependant, depuis qu'elle avait passé l'âge critique et que ses pertes s'étaient arrêtées, ses forces s'étaient un peu rétablies; enfin elle se portait passablement bien, lorsque, le vendredi 14 décembre 1827, étant sortie par un temps humide et froid, et s'étant fatiguée à marcher et à monter des escaliers, elle fut atteinte, en rentrant chez elle, d'une douleur extrêmement vive, au dessous

de la mamelle droite : elle ne pouvait faire le moindre mouvement sans éprouver les plus grandes souffrances. Je fus appelé dans la soirée. Lorsque je vis la malade à huit heures, je trouvai le pouls plein, développé et d'une grande vitesse. Quoiqu'il n'y eût point de toux, je lui fis tirer trois palettes de sang du bras. La douleur diminua peu. Le lendemain 15, il y eut quelques crachats teints de sang. La douleur persistait toujours. Je fis poser vingt sangsues sur le côté affecté, et je prescrivis la diète, l'eau de tilleul édulcorée avec le sirop de gomme. Les crachats cessèrent d'être sanguinolens, et la douleur fut sensiblement diminuée ; mais comme elle persistait encore le 16, je fis poser au dessous du sein un large vésicatoire, qui enleva entièrement la douleur, de manière que, le 17, il n'y avait plus de fièvre, le pouls était régulier et presque dans l'état ordinaire.

Le 18, la malade paraissait assez bien; seulement je remarquai que la ligne médiane de la langue était sèche, tout en conservant cependant sa couleur naturelle : d'ailleurs les côtés de la langue étaient bien humectés. Sans attacher de l'importance à cette disposition, je crus devoir la noter.

Le 19, je trouvai la malade dans le même état que la veille. Elle était sans fièvre et avait le pouls calme, mais la ligne médiane de la langue était toujours sèche et d'une couleur un peu brune.

Le 20, les choses me parurent singulièrement changées, non dans l'état général de la malade, mais dans la cavité gutturale. La langue était recouverte dans toutes ses parties, et particulièrement sur les côtés, par une espèce de salive très-légèrement écumeuse et de la plus grande blancheur ; elle était aussi un peu visqueuse et

formait un sillon d'un blanc mat au bord des lèvres.

Le 21, cette humeur s'était épaissie en forme de membrane, de sorte que la face interne des lèvres, l'intérieur des joues, la voûte palatine et le voile du palais étaient tapissés par cette couche membraniforme qui se prolongeait dans l'intérieur du pharynx. Lá langue et la luette étaient, chacune, enfermées comme dans une espèce de gaîne particulière. Cette couche membraniforme était d'une extrême blancheur, et déjà tellement adhérente aux parties qu'elle recouvrait, qu'il me fut impossible d'en décoller la moindre portion. Du reste il n'y avait pas de fièvre; le pouls était bon : la malade avait passablement dormi la nuit.

Cet état me donna beaucoup d'inquiétude, parce que je ne voyais pas là la marche ordinaire de l'invasion de la stomatite. Dans cette maladie, dès le début, l'humeur buccale se fige ou se concrète à l'embouchure même et avant de sortir des conduits excréteurs et exhalans; ici, au contraire, ce fluide a été versé dans la bouche, et ce n'est qu'après avoir humecté cette cavité qu'il s'est épaissi, concrété et converti en fausse membrane.

J'avais d'abord résolu d'attaquer cette maladie par les topiques, c'est-à-dire, avec l'acide hydro-chlorique mêlé avec le miel; mais, après avoir bien examiné les parties, je fus effrayé de la largeur de la surface qu'il fallait cautériser, et de l'impossibilité où j'étais d'appliquer ce moyen à toute l'étendue du mal. Les émissions sanguines, les fomentations émollientes, les antiphlogistiques me paraissaient d'une faible ressource dans ce moment où il n'y avait plus ni fièvre, ni douleur, ni inflammation apparente. Alors je me décidai à traiter cette maladie avec les moyens que je mets en usage contre l'angine

couenneuse ordinaire. En effet tout consistait ici à empêcher que le mal ne s'étendît trop avant dans les voies digestives, et n'envahît non-seulement la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, mais encore tout le canal intestinal jusqu'à l'anus.

Je prescrivis en conséquence trois onces de sirop d'ipécacuanha, qui fut pris par cuillerée tous les quarts d'heure. La malade vomit deux fois, et rejeta une grande quantité de lambeaux membraneux. Elle alla trois fois à la selle, et rendit des matières vertes bilieuses. Elle faisait usage d'un gargarisme composé d'eau d'orge, de miel rosat et d'un peu de vinaigre.

Le 22, sans effort et sans toux, la malade cracha, après s'être gargarisée, une substance formant une masse composée d'une grande portion membraneuse pelotonnée, qui s'était détachée de la partie supérieure du pharynx, du fond de la gorge et du voile du palais. Cette expulsion dégagea un peu ces organes, mais pendant quelques instans seulement, car les mêmes parties furent bientôt recouvertes par le développement de nouvelles membranes.

Incertain du succès des moyens que je pouvais mettre en usage contre une maladie qui me paraissait très-grave, qui marchait avec tant de rapidité, et qui dénotait quelque altération profonde, ayant d'ailleurs à conserver une mère de famille à laquelle s'attachaient beaucoup d'intérêts, je demandai qu'un autre médecin suivît avec moi la malade. M. le docteur Salmade, ami de la famille, fut choisi et vint tous les deux jours m'assister de ses conseils. A deux heures après midi de ce même jour, un vomitif, composé de trente grains d'ipécacuanha et d'un grain d'émétique dans une chopine d'eau, fut administré. Les vomissemens entraînèrent de nombreux

lambeaux qui furent régénérés presque au même instant. Il y eut deux selles. Le soir, je posai un large vésicatoire sur la partie droite un peu antérieure de la poitrine, au dessous du sein, et au côté interne du premier. Les gargarismes furent continués, ainsi que la tisane de tilleul et la diète.

Le 23, à sept heures du matin, la malade était calme; elle avait assez bien passé la nuit; son pouls était souple et régulier: si elle n'avait pas été obligée de se gargariser souvent, elle aurait dormi tranquillement. La fausse membrane était ramollie; avec une spatule on la decollait facilement par lambeaux, et au dessous la langue paraissait presque dans l'état naturel. A midi, je trouvai cet organe, dans les points que j'avais mis à nu, recouvert de nouveau par une membrane mince et blanche. Aucun changement du reste chez la malade. Son vésicatoire fut levé; il avait bien pris. Le soir elle était un peu fatiguée. La membrane avait repris partout la même épaisseur. Je cherchai de nouveau à l'enlever, et elle se décolla aisément. Je fus étonné de trouver au dessous la couenne mince qui existait à midi, et qui s'était reformée depuis le matin. Je fis d'inutiles tentatives pour enlever cette pellicule; il fallut y renoncer: ainsi il y avait là deux membranes superposées. La peau était humectée; la malade avait uriné plusieurs fois; point de garderobe spontanée; mais les lavemens déterminèrent l'évacuation de matières vertes, mêlées de lambeaux albumineux.

Le 24 au matin, les deux membranes, c'est-à-dire la pellicule et la membrane secondaire, n'en formaient plus qu'une seule. Il me fut impossible de les séparer l'une de l'autre, et même de les décoller de la surface de la

langue sans faire saigner cet organe. En effet, en soulevant la fausse membrane, on voyait la surface de la langue rouge; elle semblait recouverte de bourgeons charnus desquels s'échappaient des gouttelettes de sang qui ne permettaient pas de continuer les tentatives. Le soir, même état que dans la journée. Il y eut plusieurs garderobes liquides, bilieuses, de couleur très-verte et tirant un peu sur le noir, toujours mêlées de lambeaux albumineux et de la même couleur. La malade n'avait point de coliques, ni aucune douleur à l'abdomen. Elle avait pris de la tisane d'orge, et s'était beaucoup gargarisée avec cette tisane, dans laquelle l'on ajoutait du miel rosat et un peu de vinaigre.

Le 25, au matin, la malade était tranquille : elle avait dormi. Point de fièvre; mais la fausse membrane était lisse : elle semblait avoir acquis de la densité, et être plus adhérente aux parties. La malade, éprouvant de la gêne au fond de la gorge, prit encore un vomitif composé d'un grain d'émétique et de vingt grains d'ipécacuanha. Elle rendit beaucoup de matières albumineuses et de lambeaux; elle eut plusieurs selles vertes. A deux heures, la fausse membrane avait augmenté d'épaisseur et diminué de densité. Elle était un peu fendue dans plusieurs points de son étendue sur la surface de la langue; avec une spatule mince, portée dans les fentes, on enlevait facilement des lambeaux, et l'on mettait à nu la portion de la langue qu'ils recouvraient. Les parties ainsi mises à nu, à midi, étaient déjà recouvertes, le soir, par une couenne très-mince, comme la première fois que je les avais décollées. (Diète, eau d'orge édulcorée avec le sirop de gomme, et gargarisme ordinaire.)

Le 26, au matin, la malade avait peu dormi par le be-

soin de se gargariser à chaque instant. D'ailleurs elle n'avait pas souffert, et il n'y avait pas de fièvre. La fausse membrane était lisse, unie et très-adhérente sur toutes les parties qu'elle recouvrait. Il y eut plusieurs garderobes vertes; des lambeaux albumineux sortaient par le moyen des gargarismes. Le soir, je trouvai, comme la veille, la fausse membrane plus épaisse, se décollant plus facilement. (Continuation des gargarismes et des mêmes boissons.)

Le 27, au matin, les choses étaient dans le même état que les deux jours précédens; seulement la malade était un peu fatiguée: elle ne prit, comme à l'ordinaire, que des boissons douces. Elle continua avec le plus grand soin les gargarismes. Plusieurs garderobes vertes eurent encore lieu et toujours sans coliques.

Le 28, le matin, la malade me dit qu'elle avait dormi une partie de la nuit, mais que son repos avait été interrompu par un léger mal de gorge, une petite toux, un peu de difficulté dans la déglutition, et par une douleur profonde qu'elle éprouvait au cou et à la partie supérieure de la poitrine. Elle déclara que cette douleur était principalement dans le trajet que suivent les boissons: mais il n'y avait point de fièvre, l'air entrait dans la poitrine et en sortait aisément. L'aspect de la fausse membrane n'était point changé. M. Larrey, appelé en consultation, vit la malade dans la journée; il conseilla d'ajouter au gargarisme quelques gouttes d'acide sulfurique, et d'appliquer plusieurs ventouses sur la poitrine.

Le 29, le matin, il y avait de la fièvre, et il y en avait eu dans la nuit. La malade n'avait point dormi. Le besoin de se gargariser se renouvelait au bout de quelques minutes: elle sentait qu'elle aurait suffoqué sans ce moyen

à l'aide duquel se détachaient les fausses membranes qui ne cessaient de s'organiser au fond de la gorge. La douleur du cou et de la poitrine persistant toujours, un cataplasme émollient fut appliqué; quoique la douleur fût profonde, il continua cependant à l'adoucir. La fausse membrane ne se décollait pas facilement. Le gargarisme n'entraînait que quelques lambeaux qui se reproduisaient avec une effrayante promptitude, surtout dans l'isthme du gosier. Les boissons d'orge et de tilleul avec le sirop de guimauve furent continuées.

Le 30, au matin, la malade avait peu dormi; elle avait de la fièvre, le pouls agité et les pommettes rouges. A la douleur profonde de la poitrine s'était jointe une douleur à l'épaule gauche, ou plutôt la douleur de la poitrine semblait se prolonger vers l'épaule. Comme ces douleurs étaient fortes et faisaient beaucoup souffrir, les deux premiers vésicatoires étant guéris, un troisième fut placé à la partie inférieure du milieu de la poitrine. Nous prescrivîmes une potion qui fut faite avec une infusion pectorale, dans laquelle entraient quelques gouttes d'éther sulfurique et une once de sirop diacode, à prendre par cuillerée d'heure en heure; mais elle n'en prit que très-peu, se plaignant que le passage de ce liquide augmentait la douleur qu'elle éprouvait profondément au haut de la poitrine et du cou. Il n'y avait aucun changement notable dans l'état de la fausse membrane; seulement tous les matins elle paraissait plus lisse, plus unie et très-adhérente. Dans le milieu de la journée, et surtout le soir, elle était plus épaisse. Quelquefois elle présentait des plis qui s'enfonçaient dans les sillons de la langue, et d'autres fois elle paraissait fendue : en portant alors la spatule dans les fentes, on aurait cru pouvoir en décoller

la membrane; mais, comme je l'ai déjà dit, on n'eût pu le faire sans s'exposer à faire saigner la langue.

Le 31, le matin, il y avait un peu moins de fièvre que la veille; les douleurs étaient moindres, mais la membrane accidentelle était dans le même état. Les forces nous paraissant diminuer, nous conseillâmes, d'après l'avis de M. Salmade, l'usage d'une décoction de quinquina faite avec une once de poudre de cette substance bouillie pendant un quart d'heure dans une pinte d'eau. La malade en prenait trois fois par jour; elle se servait aussi de cette décoction comme gargarisme.

Le 1er janvier 1828, la fièvre avait un peu augmenté. La douleur profonde de la partie supérieure de la poitrine et du cou se faisait ressentir davantage. Le cataplasme fut continué. Comme la malade avait peu dormi, qu'elle était agitée, et qu'elle ne pouvait prendre aucunes boissons sans que leur passage ne lui causât beaucoup de douleur, nous prescrivîmes une once de sirop diacode à prendre par cuillerée à café toutes les deux heures; mais à la première dose elle éprouva une douleur si vive, après la déglutition, qu'elle ne voulait plus de ce sirop. Cependant quelques heures après, quoiqu'elle en eût pris très-peu, elle se trouva soulagée. Pour la première fois son haleine nous parut avoir une odeur forte.

Le 2 janvier, la fièvre était moins intense, la nuit avait été plus calme, parce que la malade avait pris deux cuillerées à café de sirop diacode; mais il y avait un peu d'accablement. La peau, qui avait été légèrement humectée dans la nuit, était sèche et rude au toucher. Du reste, la fausse membrane était dans le même état que les jours précédens. Point de garderobes, très-peu d'urine et point de salive. Il fallait humecter la bouche avec des

boissons douces. La malade se gargarisait avec la décoction de quinquina, et en prenait de temps en temps quelques cuillerées.

Le 3, son état était aggravé; la fièvre était plus forte, le mal de gorge plus grand. Malgré le gargarisme elle éprouvait beaucoup d'embarras au gosier. La difficulté d'avaler les liquides avait augmenté. Toutes les excrétions de la bouche paraissaient suspendues, ou bien le peu de salive et d'humeur muqueuse sécrétées par les glandes salivaires et buccales étaient sur-le-champ converties en fausses membranes. Le fond du gosier était presque obstrué par ces produits. Nous prescrivîmes deux onces de sirop d'ipécacuanha à prendre par cuillerée tous les quarts d'heure pour parvenir à le dégager. Il y eut une ou deux secousses de vomissement et une garderobe. La peau s'humecta, l'urine fut plus abondante, et la malade était moins souffrante; mais ce soulagement dura peu.

Le 4, la journée fut extrêmement mauvaise. La malade éprouva un malaise si grand qu'elle croyait que c'était son dernier jour. Vers les quatre heures du soir, une forte fièvre se développa, et l'invasion eut lieu par un frisson des plus violens qui dura deux heures. Vers le soir la fièvre s'apaisa, et la nuit fut passable. Cependant le frisson nous fit soupçonner l'existence d'un travail de suppuration intérieure.

Le 5, le matin, les fausses membranes étaient adhérentes aux parties qu'elles recouvraient; on ne pouvait les décoller: mais à quatre heures de l'après-midi toutes ces membranes se détachèrent spontanément; la langue, les lèvres, les joues, la luette, le voile du palais et la partie supérieure du pharynx se dépouillèrent, et les

membranes sortirent en lambeaux par les crachats, de sorte que dans un instant toutes les parties malades furent laissées découvertes par la chute de toutes ces fausses membranes, ce qui arriva le vingt-deuxième jour de l'invasion de la maladie, et environ le quatorzième du commencement de la formation évidente de la production pseudo-membraneuse. Toutes ces parties ainsi dépouillées étaient rouges et d'une sensibilité extrême, comme si elles avaient perdu leur épiderme ou épithélium. La malade n'avalait pas les boissons les plus douces sans éprouver beaucoup de douleur. Cette sensibilité se continuait le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac.

Le 6, la fausse membrane s'était encore développée sur les côtés de la face supérieure de la langue; mais le milieu était net et rembruni. À deux heures de l'après-midi, le milieu de la langue était plus humecté et moins rouge que la veille, et semblait commencer à prendre l'aspect de l'état naturel. Vers le soir, la malade éprouvait des mouvemens nauséeux, surtout quand elle prenait quelque boisson. La nuit, la fièvre avait été très-forte. Comme il n'y avait pas eu de sommeil, je fis administrer une potion calmante par cuillerée.

Le 7, je vis la malade à sept heures du matin; je la trouvai assez calme; elle avait dormi. Il y avait moins de fièvre. On remarquait encore sur les côtés de la langue, à la partie postérieure de la voûte palatine et au voile du palais, les fausses membranes qui s'étaient reformées les jours précédens et qui avaient succédé aux premières, mais ayant un aspect un peu différent : elles étaient plus minces, plus unies. La malade éprouvait encore des mouvemens nauséeux; elle demandait les boissons les plus douces, mais leur impression lui causait toujours de la douleur : du reste elle était tranquille.

Le 8, au matin, on me dit que la malade avait eu de la fièvre, et il y en avait encore dans ce moment. Elle avait eu quelques faiblesses sans perdre connaissance. On avait été souvent obligé de lui faire respirer du vinaigre et de l'eau de Cologne. La fausse membrane nouvelle recouvrait presque toute la langue. La pointe de cet organe était seulement à découvert. Cette partie était humectée et avait presque la couleur naturelle. Les gencives et les joues n'étaient plus couvertes de cette fausse membrane; elle ne s'y était pas renouvelée. Mais la malade éprouvait toujours de la douleur profondément dans l'intérieur vers le haut de la poitrine, douleur qui augmentait surtout quand elle prenait soit du bouillon de poulet, soit seulement de l'eau édulcorée avec le sirop de guimauve, de sorte qu'elle redoutait de boire et ne prenait que quelques gorgées. Elle disait ressentir cette douleur lorsque les boissons étaient arrivées à un certain point, et là elle éprouvait une sensation qu'elle ne pouvait exprimer. Le soir, elle était dans le même état. Il y avait un peu de fièvre, la même douleur et la même répugnance à boire. Nous nous déterminâmes à lui poser un vésicatoire à la partie gauche inférieure et un peu antérieure de la poitrine.

Le 9, au matin, la malade avait eu de la fièvre, de l'agitation, peu de sommeil. La fièvre existait encore. Le vésicatoire avait déterminé l'effet que nous en attendions. Le bouillon de poulet passait sans faire éprouver de douleur; il en était de même à l'égard de la boisson ordinaire. La langue, vers sa moitié postérieure, ainsi que les amygdales, la luette, le voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine étaient encore recouvertes par la fausse membrane. La portion de la langue à dé-

couvert était rouge et un peu sèche. La salive ne l'humectait pas suffisamment, mais la fausse membrane ne s'y était pas reproduite. Le soir, à cinq heures, la malade avait encore un peu de fièvre, éprouvait continuellement le besoin de se gargariser. Elle entraînait toujours avec les gargarismes des lambeaux de fausses membranes qui sortaient du fond de la gorge. Elle continuait de prendre du bouillon de poulet et de l'eau avec du sirop de guimauve.

Le 10, à sept heures du matin. La malade n'a dormi la nuit que par intervalle; elle n'a pas souffert et il n'y a pas de fièvre, mais elle a des idées tristes; elle croit ne pas pouvoir échapper à cette maladie. Les côtés et la base de la face supérieure de la langue sont encore recouverts par la fausse membrane : elle existe aussi en arrière de la voûte palatine et au voile du palais. Le tiers antérieur de la langue reste à découvert; mais cette partie est sèche, si elle n'est pas humectée par la boisson. Plusieurs points de la bouche laissent écouler quelques gouttes de sang qui colorent un peu l'intérieur de cette cavité. Le bouillon et la tisane n'ont pas aussi bien passé que la veille. La malade accuse encore une sensation particulière : il lui semble que les boissons passent par un conduit étroit. Le soir, même état à peu près que le reste de la journée.

Le 11, au matin. La nuit n'a pas été mauvaise; la malade, sans avoir dormi long-temps, a été calme. Cependant la longueur de la maladie l'attriste : il y a un peu de vitesse dans le pouls. Je remarque une plaque blanche de fausses membranes formées depuis peu à la lèvre inférieure, près de la commissure droite. Toutes les autres parties de la bouche sont en tout dans le même état que la veille. A deux heures après midi je n'ai trouvé

aucun changement. J'ai touché la plaque membraneuse nouvelle avec un peu d'acide hydrochlorique mêlé avec le miel. Cette cautérisation a causé beaucoup de douleur. La malade a pris un peu de bouillon coupé et un peu d'eau de poulet ; elle s'est gargarisée souvent, et elle a toujours ramené du fond de la gorge des lambeaux de fausses membranes. Le séjour du lit la fatigue.

Le 12. La malade a peu dormi ; il y a eu de la fièvre, et il y en a encore le matin. A deux heures, la malade est dans le même état. Il y a de la fréquence dans le pouls. Le passage du bouillon et des autres boissons fait encore éprouver de la douleur. Ainsi la sensibilité du pharynx et de l'œsophage, quoique diminuée, existe réellement encore. Il y a de la tristesse, du découragement ; la malade ne cesse de dire qu'elle ne relevera pas de sa maladie. La couenne existe encore dans toute la moitié postérieure de la bouche, à la langue, à la voûte palatine, aux joues, au voile du palais et à la luette ; on en voit aux gencives. Une large portion, détachée du pharynx, a été expulsée : elle était blanche par l'une de ses faces, par l'autre elle était rouge et d'apparence charnue ; mais c'était réellement une portion de fausse membrane qui était colorée par un peu de sang.

Le 13, le matin. La nuit a été calme ; le pouls est souple, régulier. Point de fièvre le soir : la malade a dormi dans la journée d'un sommeil tranquille. La douleur profonde de la poitrine se fait très-peu sentir. Les boissons passent sans faire souffrir. La bouche est toujours dans le même état ; elle a besoin d'être humectée par la tisane, sans quoi elle devient sèche : la salive et l'humeur muqueuse des glandes buccales n'humectent pas la bouche. Les fausses membranes ne se décollent pas

encore entièrement, mais il ne s'en forme pas de nouvelles.

Le 14, le moral est un peu moins abattu; il y a eu du sommeil la nuit et même dans le jour. La malade a pris un bouillon ordinaire et deux fois du bouillon de poulet. Du reste, sa bouche est dans le même état, mais il y a quelque chose dans le fond de la gorge qui la gêne : elle entraîne toujours des lambeaux avec le gargarisme.

Le 15, au matin. La malade a dormi ; mais il y a de la fièvre; sa bouche est dans le même état; elle a pris dans la journée deux tasses de bouillon de poulet : elle a rendu avec le gargarisme un lambeau membraneux d'environ dix-huit lignes de long et quinze de large. Le soir, elle est un peu fatiguée; elle a de la fièvre, mais les fausses membranes qui existent encore au fond de la bouche et à la face supérieure de la langue, sont très-ramollies et moins adhérentes aux parties : il ne s'en est pas formé de nouvelles. Le vésicatoire suppure; cependant la continuité de la fièvre, la rougeur et la couleur luisante des pommettes nous font craindre l'existence de quelque travail morbide intérieur.

Le 16, au matin. La nuit a été bonne; la malade a dormi. La langue est bien humectée; la fausse membrane très-blanche : elle l'est à peu près autant que la première fois qu'elle parut. Son adhérence aux parties a beaucoup diminué; elle se détache plus facilement. Le soir, la pseudo-membrane semble rompue et formée plutôt par des grumeaux séparés les uns des autres, mais rapprochés, que par une membrane continue. Le pouls est dur et fréquent; il y a de la fièvre. La malade éprouve de temps en temps des spasmes de poitrine qui lui causent une sensation pénible plutôt qu'une douleur. Sa

tristesse a diminué. Le vésicatoire rend beaucoup; d'ailleurs l'ensemble de la personne ne paraît pas mal.

Le 17, au matin. Il y avait eu du sommeil la nuit; cependant la fièvre avait été très-forte et elle se continuait encore. Un bouillon pris le matin à cinq heures n'avait pas bien passé et avait un peu fatigué la malade. Son pouls était dur et fréquent. Elle éprouvait profondément dans la poitrine une sensation qu'elle ne pouvait définir, mais qui était pénible. Les pommettes étaient rouges, luisantes, et toute la figure avait un mauvais aspect. La bouche était humectée; la fausse membrane, décollée dans beaucoup de points, existait encore dans beaucoup d'autres et était très-adhérente. L'haleine, qui depuis le 1er janvier avait une odeur forte qui tous les jours allait en augmentant, était devenue d'une fétidité insupportable : la gangrène, les matières en putréfaction les plus décomposées n'exhalent pas une odeur plus désagréable ni plus repoussante. Il aurait été impossible de respirer pendant quelques secondes l'air qui sortait de la poitrine sans être asphixié en quelques instans. *Cette* fétidité avait quelque chose de l'odeur du pus des abcès des os. Le soir l'état de la malade était le même.

Le 18, au matin, la fièvre existait encore; elle n'avait pas cessé depuis la veille et la nuit précédente. La malade avait des faiblesses fréquentes et avait besoin de respirer souvent du vinaigre. Du reste les choses étaient dans le même état que la veille. A ma visite du soir il y avait moins de fièvre, plus de tranquillité; le visage était moins décomposé. Le vésicatoire ne suppurait pas aussi bien qu'à l'ordinaire; mais le pouls était plus souple et moins fréquent. L'odeur de l'haleine était la même.

Le 19, au matin. La nuit avait été moins mauvaise

que les précédentes; cependant à un sommeil tranquille succédait un réveil toujours pénible, fatigant, accompagné de sueurs et de faiblesses. Il y avait de la fièvre, mais moins que la veille. La malade ne paraissait pas disposée à prendre du bouillon; elle désirait boire quelque chose de doux. A cinq heures, M. Salmade, qui trouva encore de la fièvre, craignait comme moi qu'il n'y eût quelque travail morbide dans l'intérieur de la poitrine et principalement dans le poumon.

Le 20, au matin, même état que la veille; mais, vers cinq heures, la malade éprouvait une sensation désagréable au fond de la gorge; elle faisait des efforts pour cracher, ce qui donnait lieu à une disposition pour vomir. Toutes les parties de la bouche étaient encore recouvertes par la couenne membraneuse, excepté les gencives, et la partie antérieure de la langue vers son tiers antérieur.

Le 21, au matin, il y avait beaucoup d'abattement. La fausse membrane semblait avoir pris une nouvelle vigueur. Le fond de la bouche était presque obstrué par des masses épaisses de concrétions membraniformes. La malade en était extraordinairement gênée. Je me déterminai, malgré la fièvre et la faiblesse, à lui faire prendre deux onces de sirop d'ipécacuanha. La quantité de ces concrétions, qu'entraînèrent deux vomissemens, est inconcevable: toute la voûte palatine et une partie du voile du palais furent nettoyées. Le soir elle se trouvait assez bien malgré la fatigue du vomissement.

Le 22. La nuit n'avait pas été mauvaise, quoique la fièvre eût toujours continué. La fausse membrane était encore rétablie dans tous les points où elle avait été enlevée par le vomissement de la veille, mais elle était plus

blanche que les jours précédens, et moins intimement unie aux parties qu'elle recouvrait, et ces mêmes parties approchaient plus de l'état naturel, c'est-à-dire qu'elles paraissaient moins irritées; enfin l'ipécacuanha avait produit un bien sensible. Vers midi, la malade fit usage de fumigations composées d'un gros et demi de camphre et d'une pinte de vinaigre qu'on avait fait bouillir à vaisseau clos : elle en respira la vapeur à deux ou trois reprises au moyen d'un entonnoir. Elle répéta ces fumigations deux ou trois fois à deux heures de distance. Sa position à cinq heures du soir n'était pas plus mauvaise qu'à l'ordinaire, et les parties de la bouche semblaient en meilleur état.

Le 23, au matin, La malade avait eu de la fièvre et peu de sommeil la nuit : elle avait fait deux fumigations. Le soir elle me dit qu'elle avait été fatiguée dans la journée, mais elle rapportait toutes ses souffrances au coccyx où il s'était formé deux petites ulcérations. Toute la cavité de la bouche était de nouveau recouverte d'un enduit blanc, mais qui ne formait pas un tout continu : il semblait composé de grumeaux blancs, isolés, placés les uns près des autres. Les petits intervalles qui se trouvaient entre eux laissaient voir la partie charnue de la langue comme au travers d'une fente : leur adhérence sur cet organe était peu considérable. La malade n'avait pris qu'un bouillon; elle s'était gargarisée plusieurs fois, mais elle n'avait fait qu'une fumigation dans la journée. Il y avait de la fièvre; l'odeur de la bouche et de l'haleine était la même. Notre inquiétude sur l'issue de cette maladie n'était pas diminuée.

Le 24, au matin, je trouvai la malade très-fatiguée. Elle avait peu dormi ; elle était très-faible, et n'avait plus

la force de se remuer ni de se gargariser. La douleur de la poitrine ne se faisait plus sentir. La bouche était dans le même état, mais la pseudo-membrane n'avait pas un mauvais aspect. L'odeur était insupportable pour les assistans et pour la malade elle-même. Nous fîmes mettre vingt gouttes de la liqueur de M. Labarraque dans un grand verre d'eau : elle se rinça la bouche avec ce collutoire cinq ou six fois dans la journée. M. Salmade, qui la vit le soir, la trouva très-mal. Cependant elle prit plusieurs cuillerées de bouillon, et il passa bien. L'ulcération du coccyx lui faisait un très-grand mal.

Le 25, au matin. La malade est extrêmement faible; elle souffre toujours beaucoup du croupion. Il y a un peu de fièvre. Elle a pris trois bouillons et un peu de tisane. Elle s'est rincé plusieurs fois la bouche avec l'eau de M. Labarraque; on en a jeté aussi sur ses vêtemens et sur ses hardes. La mauvaise odeur a diminué dans le lit et dans la chambre; mais l'haleine de la malade est toujours la même. Elle se plaint de douleurs dans les membres et principalement aux jambes. La fausse membrane est très-blanche et très-adhérente à toutes les parties de la bouche. M. Salmade a vu la malade le soir; il conseille seulement de soutenir les forces. Hier, quarante-unième jour, elle avait eu une garderobe spontanée assez abondante et liquide : aujourd'hui quarante-deuxième jour, elle ne peut plus retenir ses matières, et il n'est guère possible de la mettre sur le bassin.

Le 26, au matin. La nuit a été très-agitée. La malade m'a dit qu'elle avait un grand besoin de dormir et m'a demandé quelque chose qui pût la faire reposer. Comme il y avait du râle muqueux à la poitrine, et que la gorge était un peu embarrassée, nous avons fait entrer dans

cinq onces d'infusion pectorale demi-once d'oximel scillitique et huit gouttes de laudanum de Rousseau. La malade a pris quatre cuillerées à café de cette potion dans la journée; elle a été calme et a dormi un certain temps; mais après, elle a été agitée de nouveau; il y a eu du délire; elle a beaucoup parlé. Plus tard, elle semblait repousser le sommeil, parce qu'elle craignait, disait-elle, de ne plus se réveiller. Elle a été en grand danger tout le jour. Le pouls est très-faible; les douleurs des jambes l'ont beaucoup incommodée : d'ailleurs le vésicatoire de la poitrine suppure bien; le pus est de bonne qualité; la plaie est belle et vermeille. Sur le soir, des fausses membranes de la voûte palatine, du voile du palais et de la face supérieure de la langue se sont décollées, et les parties ainsi mises à découvert n'avaient pas un mauvais aspect. La salive et les crachats étaient abondans, ce qui n'avait pas encore eu lieu depuis le commencement de la maladie. A dix heures du soir, l'agitation est devenue très-grande, la bouche était sèche et la langue noire.

Le 27, la malade n'a pas discontinué de parler durant toute la nuit; l'agitation a été extrême. Vers le matin elle a perdu la connaissance et la parole, et à huit heures et demie elle a cessé de vivre.

Deux choses m'ont également frappé dans le cours de cette maladie: la régénération rapide de ces membranes, et la constance de la malade à se gargariser continuellement pour les expulser. On ne saurait se faire une idée de tout ce que le gargarisme entraînait de lambeaux membraneux.

Le lundi 28, l'ouverture du corps a été faite à neuf heures du matin, par MM. Ribes fils et Menon (Victor),

docteurs en médecine, en présence de MM. Salmade et Ribes père.

L'extérieur du corps ne présentait rien de particulier. Les traces des trois premiers vésicatoires, posés à la partie inférieure de la poitrine, étaient à peu près effacées, mais la plaie du quatrième existait encore, même sur le cadavre; la surface en était fraîche et couverte d'une bonne suppuration. Du reste, quoique cette personne eût naturellement peu d'embonpoint, la longueur de la maladie ne l'avait pas trop amaigrie. La chair des muscles était rouge et presque vermeille, et elle ne présentait aucune altération. Le corps n'a exhalé aucune mauvaise odeur, ni avant, ni après l'ouverture des grandes cavités splanchniques.

Abdomen. La malade n'avait point éprouvé de douleurs dans le ventre pendant la maladie. Les garderobes, quoique souvent très-bilieuses, n'avaient jamais été précédées ni suivies de coliques. Le foie était sain; la vésicule biliaire, très-dilatée, contenait environ cinq onces de bile. La rate, plus volumineuse que dans l'état ordidaire, était saine. L'estomac était peu développé et un peu rétréci vers la petite extrémité : les parois de cet organe étaient épaissies.

L'intestin grêle présentait çà et là des rougeurs, mais qui n'étaient que l'effet cadavérique produit par la stase du sang. Dans ces parties il y avait aussi quelques rétrécissemens de peu d'importance. Le gros intestin était extrêmement distendu par des gaz; ses parois étaient très-amincies; mais depuis l'orifice pylorique de l'estomac jusqu'au rectum, l'intestin était rempli par des gaz : il ne contenait aucune autre matière ni fluide ni liquide, et les matières solides auraient pu être évaluées tout au plus au poids de deux onces.

La matrice était une fois plus volumineuse que dans l'état naturel. Son poids et sa densité étaient aussi augmentés. L'extérieur de cet organe offrait quatre petits corps fibreux, arrondis, blancs, durs, et en quelque sorte logés dans de petits enfoncemens qui se remarquaient sur différens points de l'extérieur de l'utérus, et qui étaient recouverts par la tunique péritonéale. Une cinquième tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, existait dans l'épaisseur de la partie droite de l'intérieur de la matrice et faisait saillie dans la cavité de l'utérus, de manière que la paroi du côté gauche était déprimée et offrait un enfoncement pour la loger. Cette tumeur était dense, blanchâtre, fortement adhérente à la substance de la matrice, et était manifestement de la nature des corps fibreux. C'est sans doute à sa présence qu'étaient dues les pertes que cette dame avait éprouvées pendant si long-temps.

Poitrine. Cette cavité ayant été ouverte, nous avons trouvé le lobe supérieur du poumon droit uni à la plèvre par d'anciennes adhérences. Ce lobe présentait des granulations et deux petits tubercules, chacun de la grosseur d'une noisette, déjà ramollis, en pleine suppuration, et contenant un pus blanc bien lié. Le lobe moyen était intact, mais le lobe inférieur de ce poumon offrait tous les caractères d'une inflammation récente et existant au moment de la mort. Ce lobe était uni par des adhérences récentes aux côtes correspondantes, au diaphragme et au péricarde, par l'intermédiaire de la plèvre; il avait une couleur rouge foncée à la circonférence, mais noire au centre; il se déchirait très-facilement; il était gorgé de sang et avait l'apparence du poumon d'un sujet mort le septième ou le huitième jour d'une pneumonie termi-

née par la gangrène : c'est par le lobe de ce poumon que la maladie avait commencé.

L'inflammation du poumon a-t-elle persisté depuis le commencement de la maladie, et duré jusqu'au quarante-quatrième jour, que la malade est morte? ou bien, cette pneumonite avait-elle cessé lorsque la malade nous a dit qu'elle n'éprouvait plus de douleur au côté et qu'elle n'avait plus de fièvre, et s'est-elle renouvelée lorsque la fièvre a reparu? il est probable que cette inflammation n'a pas discontinué.

Le lobe supérieur du poumon gauche, uni par d'anciennes adhérences à la plèvre dans une petite étendue, offrait un tubercule ramolli, du volume d'une grosse noisette, contenant du pus bien lié et d'un blanc grisâtre. La plèvre était un peu recouverte en haut, vers le quart supérieur de la cavité de la poitrine, par une couche très-légère d'une exsudation purulente d'apparence albumineuse. Ces diverses altérations expliquent les douleurs que la malade éprouvait au haut de la poitrine et qu'elle nous disait se prolonger vers l'épaule gauche.

Crâne. La malade n'ayant ressenti aucune douleur à la tête, et les facultés intellectuelles n'ayant pas été troublées, le crâne n'a pas été ouvert.

Les globes des yeux étaient encore clairs, et ne paraissaient presque pas ternis par l'effet de la mort; les narines, les cavités nasales et la membrane pituitaire étaient dans l'état naturel; la bouche, le voile du palais et le pharynx étaient les régions sur lesquelles la stomatite pseudo-membraneuse avait son siége. Voici ce que nous y avons remarqué :

La face interne des lèvres et leur bord libre n'étaient plus recouverts par la fausse membrane; les parties an-

térieure et postérieure des gencives en étaient aussi dépourvues, mais elle existait sur toutes les autres parties de la bouche. Cette membrane recouvrait la voûte palatine et y était peu adhérente : elle tapissait la face antérieure du voile du palais, ses piliers, les glandes amygdales, et semblait envelopper la luette de toutes parts en forme de gaîne; mais elle était tellement disposée sur cette partie, qu'on ne l'apercevait qu'à la face antérieure, sur les bords et la pointe, tandis qu'elle manquait en arrière et sur la face postérieure du voile du palais. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que nous avons trouvé une disposition analogue à l'égard de l'épiglotte, comme on va le voir.

L'intérieur des joues était tapissé per cette membrane : il y avait des pelotons épais de ces matières concrétées entre les joues et la partie postérieure des rebords alvéolaires de la mâchoire inférieure. Toutes les parties de la langue étaient entièrement enveloppées par cette production pseudo-membraneuse qui plusieurs fois était tombée, et s'était toujours très-promptement *régénérée* : elle était tellement unie à la langue, qu'il a été encore plus difficile de la décoller sur le cadavre qu'il ne l'était pendant la vie. Les papilles et tous les follicules muqueux en étaient recouverts. Cette fausse membrane se continuait en arrière vers la base de la langue; elle allait recouvrir la face antérieure de l'épiglotte, les bords et le sommet de cette soupape, et ne se continuait point sur sa face postérieure qui était libre et dans l'état normal : elle ne paraissait s'y être jamais prolongée, car les bords de cette couenne étaient arrondis et finissaient visiblement d'une manière nette, comme cela avait lieu à l'égard de la luette et du voile du palais.

Des parties latérales de la base de la langue on voyait cette fausse membrane descendre en arrière, sur les côtés de la base de l'épiglotte, et se continuer dans l'espèce de gouttière qui se remarque sur les côtés de la partie supérieure du larynx, se porter en arrière sur le sommet des cartilages arythénoïdes et sur le bord de l'ouverture supérieure du larynx, mais ne pénétrant pas dans l'intérieur de ce canal, et se terminant là par un bord arrondi.

De l'isthme du gosier, ou des piliers postérieurs du voile du palais, cette fausse membrane passait sur les parties latérales postérieure et supérieure du pharynx, de là descendait jusqu'à la partie inférieure de ce canal, en le tapissant dans toute son étendue, et allait se terminer à la partie supérieure de l'œsophage. Cette couenne ne se propageait pas au delà.

Cette fausse membrane était un peu consistante et médiocrement unie au pharynx en haut, en avant et sur les côtés; mais en arrière et inférieurement elle était mollasse et comme pultacée. Elle semblait simplement appliquée ou apposée sur les parties qu'elle recouvrait, de sorte qu'on la décollait aisément.

J'ai dit plus haut que la chair des muscles avait, en général, sur le sujet une couleur rouge vermeille; mais la chair des muscles du pharynx offrait un contraste remarquable : elle était de couleur cendrée, brunâtre; et sans pouvoir déterminer si elle était tombée en mortification, on peut affirmer qu'elle avait peu de consistance. Elle se déchirait facilement, et l'espèce de pellicule mince qui tapisse dans l'état sain l'intérieur de la bouche et la face interne du pharynx, était détruite, de sorte que la couche couenneuse accidentelle semblait destinée à remplacer l'épithélium.

Il y avait vraiment quelque chose de très-remarquable dans la manière dont cette membrane se bornait à la partie postérieure de la luette et du voile du palais, aux bords et au sommet de l'épiglotte, autour de l'ouverture supérieure du larynx, au sommet des cartilages arythénoïdes et des muscles thyro-arythénoïdiens. Dans tous ces points, le bord de cette fausse membrane était parfaitement arrondi, égal, et finissait bien net : il indiquait d'une manière certaine que c'étaient là ses limites.

Vers le bas du pharynx, au commencement de l'œsophage, les choses n'étaient pas aussi bien déterminées ; cependant la membrane accidentelle finissait là, mais d'une manière inégale. Ainsi, nous n'avons trouvé aucune trace de fausse membrane dans l'œsophage, dans le larynx, la trachée-artère et les bronches ; les cavités nasales en étaient aussi entièrement dépourvues.

Dans aucun point de son étendue, cette membrane n'offrait de trace d'organisation, quoique, pendant la maladie, elle ait présenté une grande variation dans sa densité. En effet, tantôt elle était consistante, unie, lisse, adhérente aux parties, ou s'en séparant facilement, formant un tout continu et paraissant être organisée ; tantôt elle était molle, épaisse, se décollant aisément et même spontanément, semblant formée par une matière pultacée, quelquefois inégale et grumeleuse. Ces variations avaient lieu du matin au soir et du soir au matin.

Cette fausse membrane était-elle formée seulement par une humeur accidentelle exsudée de toute la surface de la bouche privée de l'épithélium ? ou bien était-elle formée aussi par la concrétion de tous les fluides sécrétés par les glandes labiales, buccales, linguales, palatines, et par tous les follicules muqueux répandus dans la bou-

che, ainsi que par l'épaississement et la coagulation de la salive fournie par les glandes parotides, maxillaires et sous-linguales? Ce qui fait croire que toutes ces humeurs ont également concouru à la formation de ces fausses membranes, c'est le développement extrêmement rapide de ces concrétions, et l'immense quantité de lambeaux que cette dame n'a cessé de rendre pendant tout le temps qu'a duré la maladie.

La stomatite pseudo-membraneuse que nous venons de voir était-elle une maladie essentielle, ou dépendait-elle de quelques-unes des altérations que nous ayons rencontrées? Je n'émets pas d'opinion à cet égard; cependant je sais que la stomatite, les pétéchies, ainsi que certaines éruptions de la peau, du conduit intestinal, de même que l'engorgement et l'ulcération des glandes de Peyer, ordinairement sont des symptômes concomitans d'affections graves, lesquels rarement constituent des maladies particulières séparées, indépendantes de toute autre affection. Toutefois, dans le cours de la stomatite qui fait le sujet de cette observation, j'ai cru la maladie essentielle; mais, d'après les altérations que nous avons reconnues à l'ouverture du corps, peut-on établir que la stomatite était symptomatique, et coïncidait ou était en rapport avec la pneumonie, ou bien que c'était une maladie à part et essentielle? J'avoue, pour mon compte, qu'ici je n'oserais prononcer affirmativement.

J'avais observé chez d'autres malades la stomatite pseudo-membraneuse; mais chez aucun je n'ai vu toutes les parties de la bouche, généralement depuis les bords des lèvres jusque dans le fond ou le bas du pharynx, recouvertes par une fausse membrane aussi étendue, aussi blanche et aussi fortement prononcée que celle

que je viens de décrire. Les caractères de cette maladie ont été tellement tranchés que la stomatite pseudo-membraneuse n'a pu être ici rigoureusement assimilée qu'aux aphthes et au muguet.

Mais que la stomatite pseudo-membraneuse soit regardée comme un symptôme ou un accident d'une autre maladie, elle n'en est pas moins une affection très-grave, aussi bien que l'angine couenneuse, de laquelle, dans plusieurs points, la stomatite pseudo-membraneuse diffère beaucoup. Mais celle-ci a-t-elle des caractères tellement tranchés que rigoureusement elle ne puisse pas être assimilée au muguet et même aux aphthes, lorsqu'ils sont confluens, et que le mal est déjà un peu ancien (1) ? Examinons ces divers points en particulier, et voyons l'analogie et les différences qui existent entre ces maladies.

Il y a analogie de la stomatite pseudo-membraneuse, non-seulement avec le muguet et les aphthes qui accompagnent certaines fièvres graves, mais encore avec l'angine couenneuse. En effet, ces quatre maladies *ont toutes* également une fausse membrane, toujours précédée d'une inflammation plus ou moins prononcée. Cette membrane

---

(1) Il s'agit seulement ici des aphthes qui arrivent dans les maladies aiguës, et qui ont été décrits par Ketelaer et Van Swieten, et non des aphthes connus des anciens médecins, tels qu'Arétée, Aétius, etc., qui ont donné cette dénomination à de petits ulcères qui siégent dans l'intérieur de la bouche. On les voit occuper la partie interne des lèvres, des joues, des gencives, et la langue. On les remarque souvent seuls ou amassés en petit nombre. Ils ont dans le milieu une tache blanche ou jaunâtre Ils sont rouges dans leur circuit, enflammés et douloureux. Ces aphthes ont quelquefois l'apparence de petits chancres, quoiqu'ils ne soient pas vénériens.

est molle, comme pultacée, ou dense, consistante et serrée, mince ou épaisse, ordinairement blanche, quelquefois légèrement jaune ou brunâtre, intimement collée et adhérente sur les parties malades, sans l'intermédiaire de l'épithélium qui est détruit, ou bien se décollant et se séparant facilement de dessus les parties, et se régénérant avec une rapidité surprenante. Cette couenne membraneuse tombe, et quelquefois, au bout de quelques instans, elle est complètement régénérée; et le nombre de fois que cette formation peut être renouvelée est incalculable.

Il est évident que de ces quatre maladies, trois siégent sur la membrane buccale, une sur la membrane laryngée, et toutes à l'embouchure des vaisseaux exhalans, et des follicules ou cryptes qui s'ouvrent dans les conduits alimentaire et aérien. Le siége réel du mal peut jusqu'à un certain point être démontré.

En effet, dans le cas d'angine couenneuse et de stomatite pseudo-membraneuse, nous voyons sortir de l'intérieur des follicules ou cryptes, répandus au côté interne des glandes amygdales, un corps blanc, mou, d'apparence caséeuse, qui naît de l'intérieur de ces follicules, se présente à l'ouverture du crypte, comme s'il était implanté ou enchâssé, et fait saillie à la face interne de la glande, du côté de l'isthme du gosier. Toute la partie de ce corps qui dépasse la surface de la glande se casse au niveau de l'ouverture du follicule, et elle est bientôt entraînée par l'action de cracher et par le vomissement, ou bien on peut la saisir avec des pinces et l'enlever. Cette matière est formée par l'humeur sécrétée par les follicules de l'amygdale; ce mucus s'épaissit, se

concrète, et, à mesure que la portion qui dépasse le niveau de l'ouverture du follicule tombe, l'humeur qui est au fond de ce sac, se condense à son tour; la dernière portion concrétée pousse la première formée, et se casse de nouveau, comme cela est déjà arrivé. Ce mécanisme se répète plus ou moins souvent pendant tout le temps que dure la maladie. Dans quelques cas, et chez quelques sujets, on voit autour de l'ouverture du crypte un petit cercle inflammatoire d'un rouge plus foncé que le reste de la surface de la glande, et l'épithélium est enlevé dans ce point.

Il est certain que ce qui se passe à l'égard de la matière sécrétée par les follicules de la glande amygdale, a également lieu à l'égard de la matière fournie par les conduits exhalans et excréteurs de la bouche et du pharynx. On peut facilement s'en convaincre quand la maladie est d'une certaine intensité, et qu'un lambeau de la fausse membrane se décolle et tombe. On voit que la partie de la langue ou de l'intérieur des joues, dépouillée de cette membrane, est rouge, vermeille, et *privée de* son épithélium; mais si, quelques minutes après, on examine de nouveau la partie, on est étonné de voir à l'embouchure des vaisseaux exhalans de petits points blancs, plus ou moins isolés, répandus sur toute cette partie qui quelques instans auparavant était nette. Si on l'essuie en la frottant avec un linge, on décolle tous ces petits points et on les enlève; quelquefois ils résistent, ou il n'y a que la portion qui dépasse le niveau de l'orifice qui tombe. Mais lorsque ces points couenneux cèdent et se laissent entraîner, on les voit surgir de nouveau; bientôt ils se multiplient, se rapprochent, se touchent, s'unissent les uns aux autres, et ne forment plus qu'un tout continu,

La membrane est alors ce qu'elle était avant sa chute, c'est-à-dire, entièrement régénérée.

Ce que j'ai observé est confirmé par ce que Van-Swieten a écrit sur cette maladie. En effet, voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Il paraît que les aphthes arrivent lorsque le cours » de l'humeur répandue dans la bouche est rendu plus » lent, et, ne pouvant être poussé jusqu'à la fin de ces » conduits, s'y arrête et obstrue l'extrémité du vaisseau. » Cependant, l'humeur pressée par celle qui suit, s'élève » avec force au delà de l'extrémité du canal engorgé, et » produit ainsi l'aphthe.

» Ce sentiment paraît confirmé, lorsqu'on examine » attentivement les aphthes dans le temps de leur nais- » sance, temps où ils sont épars çà et là et un à un ; car » lorsqu'une fois ils sont amassés par paquets, il n'est » plus alors aisé de les distinguer. Cela paraît encore » mieux, lorsque, les croûtes qu'ils forment étant tom- » bées, il en renaît de nouvelles, ainsi qu'il arrive très- » souvent ; car alors on voit sur la superficie des parties » internes de la bouche de très-petits points blanchâtres, » surtout s'ils sont parvenus en forme de lentilles. Ces » points augmentent tout à coup et s'unissent aux par- » ties voisines et contiguës, produisent souvent en peu » d'heures une croûte aphtheuse, semblable à celle qui » est tombée peu auparavant. Il paraît aussi par là que » les aphthes ne peuvent être appelés que très-impropre- » ment ulcérations. » (Van-Swieten.)

D'après ce qui vient d'être dit, nous voyons qu'il y a analogie dans le mécanisme de la formation et du développement de la fausse membrane dans le cas d'angine couenneuse et de stomatite pseudo-membraneuse. Cepen-

dant ces maladies diffèrent beaucoup entre elles, quant aux parties qu'elles affectent et quant à leur nature. En effet, la première est toujours locale, tandis que la seconde est le plus souvent symptomatique, ou précédée d'une fièvre grave avec laquelle elle paraît concomitante.

La première siége à l'isthme du gosier, à la luette, au voile du palais, à ses piliers, et principalement sur les amygdales; de là elle s'étend dans le larynx, la trachée-artère, et jusqu'à la dernière ramification des bronches: rarement elle porte ses effets sur le pharynx; et, quand cela arrive, on n'observe que quelques plaques couenneuses plus ou moins isolées, et tout-à-fait à la partie supérieure de ce canal.

La seconde, ou la stomatite pseudo-membraneuse, au contraire, siége sur toutes les parties de la bouche, sur l'isthme du gosier, se prolonge dans le pharynx, s'étend dans l'œsophage et même dans tout le canal alimentaire; mais le larynx et les bronches sont respectés. Nous avons dit, dans l'histoire de la dernière observation, *comment* la fausse membrane se bornait autour de ces dernières ouvertures.

Les observations que j'ai recueillies forment ma croyance et ma conviction sur le siége et la nature de ces deux maladies. J'ai toujours vu l'une siéger dans les voies aériennes, et l'autre dans les voies digestives; je n'ai jamais rencontré une des deux attaquer en même temps la bouche, le pharynx, l'œsophage, le larynx et la trachée-artère. Je ne dis pas que cela ne puisse pas arriver, mais je ne l'ai jamais observé; et ce qui me fait croire que cette invasion doit avoir lieu difficilement, c'est que, s'il y a analogie entre ces deux maladies, il y

a aussi, comme je l'ai dit, de grandes différences. D'abord l'angine couenneuse est une maladie locale, et la stomatite pseudo-membraneuse est presque toujours symptomatique; ensuite, quoique la membrane du larynx et celle du pharynx soient des membranes muqueuses, elles n'en sont pas moins de nature différente. La sensibilité et le mode d'action de l'une diffèrent beaucoup de la sensibilité et du mode d'action de l'autre. L'air, les alimens, de quelque nature qu'ils soient, et d'autres substances nutritives, passent par le pharynx et l'œsophage, sans produire de douleur, tandis que l'air seulement peut passer dans les voies aériennes : tout autre corps ne peut y pénétrer sans causer quelque accident. Ainsi, les différences qui existent entre ces deux membranes, quant à leurs propriétés, sont très-grandes, et me paraissent suffisantes pour me faire regarder l'angine couenneuse et la stomatite pseudo-membraneuse comme deux êtres différens. Je ne connais pas d'observation qui prouve que la membrane des voies aériennes et celle des voies digestives aient été prises en même temps soit par l'angine couenneuse seule, soit par la stomatite pseudo-membraneuse : d'ailleurs, deux maladies aiguës, de nature différente, ne marchent pas ensemble ou simultanément. Si elles se montrent en même temps chez un individu, bientôt l'une prend le dessus sur l'autre; la première parcourt ses périodes, et quand elle est terminée, la seconde se réveille, reprend son action et suit sa marche, comme si elle n'avait pas été dérangée dans son cours (1).

(1) Voici une observation de vaccine interrompue par un érysipèle, qui vient à l'appui de ce que j'avance.

Dans le courant de janvier 1806, je vaccinai un enfant de l'âge de

Mais si nous trouvons une différence bien tranchée entre l'angine couenneuse et la stomatite pseudo-membraneuse, malgré quelques points d'analogie que nous avons vus exister, nous voyons une analogie presque complète entre la stomatite membraneuse, l'aphthe et le muguet. En effet, ces trois maladies affectent également la langue, toutes les parties de la bouche, l'isthme du gosier, le pharynx, l'œsophage et le canal intestinal;

---

quatre ans. Je pris le vaccin sur une jeune personne bien portante. Je fis trois piqûres à chaque bras. Le cinquième jour, au matin, je trouvai sur toutes les piqûres un point rouge, et je ne doutai pas que la vaccine n'eût complètement pris. Le lendemain, sixième jour de la vaccination, la mère m'envoya chercher et me dit que son fils avait passé une très-mauvaise nuit, qu'il avait eu une fièvre violente, et qu'il avait vomi trois ou quatre fois. J'examinai cet enfant; je lui trouvai beaucoup de fièvre, de chaleur et d'agitation. La langue était blanche et très-chargée. Je crus d'abord que la vaccine était la cause de ces accidens. Mais mon étonnement fut extrême de ne pas retrouver sur les bras les petits points enflammés que j'y avais remarqués la veille. A peine voyait-on la trace des piqûres que j'y avais pratiquées. Je crus l'opération manquée, et je pris le parti de combattre les accidens qui se présentaient, projetant de revacciner l'enfant plus tard. Je fis administrer sur-le-champ un vomitif; j'ordonnai une tisane de fleurs de tilleul, édulcorée avec le sirop de limon, un lavement le soir et la diète. Ces moyens semblèrent procurer un peu de soulagement, mais les accidens se réveillèrent vers le soir, et l'enfant passa encore une nuit très-agitée. Le septième jour, au matin, les accidens semblaient apaisés; la même tisane fut continuée. On lui donna deux lavemens dans la journée; il garda la diète, et prit quelques cuillerées d'une potion anodine. La nuit parut plus calme. Le huitième jour, au matin, le malade se plaignit d'une grande cuisson qu'il éprouvait sur le ventre. Je remarquai sur le côté droit de l'abdomen et de la partie supérieure de la cuisse une teinte érysipélateuse très-prononcée. Elle s'étendait inégalement. Cette couleur était d'un rouge vif et luisant. Il ressentait dans cette partie beaucoup de douleur et de

elles peuvent affecter un plus ou moins grand nombre de points, et même tout le conduit alimentaire, depuis la bouche jusqu'à l'anus, et elles ne pénètrent point dans le canal aérien. Ces trois affections siégent également à l'embouchure des conduits excréteurs et exhalans, l'épithélium étant enlevé ou détruit. Dans l'aphthe et dans le muguet, la fausse membrane est formée absolument par le même mécanisme que dans la stomatite pseudo-

---

chaleur. La langue était toujours blanche: il eut quelques nausées. Le neuvième, au matin, je le fis encore vomir. Cette secousse parut le soulager; mais la nuit fut très-mauvaise, et l'inflammation semblait augmenter d'intensité. Les dixième et onzième jours la boisson fut de nouveau émétisée. Le douzième, les accidens se calmèrent. L'érysipèle était considérablement amorti. Le treizième se passa assez bien; le quatorzième, l'épiderme de la partie qui avait été enflammée, tombait en écailles et était en pleine desquamation. Le quinzième, je lui fis prendre un mélange de sirop de chicorée et de quinquina, qui procura plusieurs selles. Le seizième, je le trouvai parfaitement bien. Le dix-septième, à quatre heures du soir, la mère me fit prier de passer chez elle. Je m'y transportai : elle m'annonça que son enfant avait eu un frisson dans la nuit et un peu de fièvre; mais depuis le matin il était assez bien. J'examinai les bras du petit malade, et, à ma grande surprise, je retrouvai les six piqûres que j'avais faites, parfaitement marquées et à peu près avec le même degré d'inflammation qu'elles avaient le jour de leur disparition. Le dix-huitième jour, ces boutons étaient bien développés, et le dix-neuvième ils avaient l'aspect de boutons parvenus au huitième jour d'une vaccination qui a suivi la marche ordinaire. J'ai pris du vaccin de ces boutons; j'ai vacciné deux enfans qui ont eu une bonne vaccine, et sans qu'il soit survenu le moindre accident.

Je ne me permettrai aucune réflexion sur ce phénomène, qui cependant fournit matière à la méditation et qui n'est pas le seul de ce genre (*).

(*) Cette observation a été communiquée en 1810 à la Société médicale d'émulation de Paris.

membraneuse. Dans les trois cas, la couenne peut être comme juxta-apposée, ou être plus ou moins adhérente sur la partie. Dans l'une comme dans l'autre de ces affections, cette membrane se décolle, tombe et se régénère avec une étonnante rapidité : le nombre de fois que ce renouvellement peut se répéter est incalculable, et la quantité des membranes qu'un individu peut rendre dans le cours ou pendant la durée d'une de ces affections, ne peut pas être déterminée, tant elle peut être considérable. Ketelaër a vu un malade qui a rendu pendant quelques jours, tant par la bouche que par les selles, une si grande quantité d'aphthes que plusieurs bassins ou pots de nuit suffisaient à peine pour les contenir.

Dans ces trois affections, les malades ont de fréquentes évacuations alvines, et rendent des matières verdâtres mêlées de productions membraneuses en forme de lambeaux. Presque tous éprouvent également une vive douleur ou une sensation brûlante, lorsqu'ils avalent quelque liquide ; cependant cette douleur n'existe que lorsque la membrane est décollée, et seulement *dans les* points où le décollement est arrivé. On rencontre souvent des sujets atteints d'une de ces trois affections, qui exhalent une odeur insupportable et des plus repoussantes. Un autre point d'analogie, c'est que ces maladies sont presque toujours symptomatiques, et précédées ou accompagnées de fièvres graves. S'il y a quelques exceptions à cette règle, elles sont rares.

D'après cet examen, on se demande pourquoi nos maîtres ont fait trois maladies de ce qui aurait pu tout au plus former trois nuances d'une même affection. C'est pour cela sans doute que Van-Swieten n'établit pas de distinction. On reconnaît ces trois maladies dans la description qu'il donne des aphthes.

« Les aphthes (dit Van-Swieten) blanchissent la su-
» perficie de la langue et du gosier, ou plutôt couvrent
» ces parties d'une croûte blanche, ainsi que le savent
» tous ceux qui ont vu cette maladie. Lorsque les croûtes
» sont séparées et tombent, elles laissent absolument
» entière la partie à laquelle ils étaient attachés. »

La stomatite pseudo-membraneuse, le muguet et les aphthes, presque toujours compliqués par une autre maladie, se réduisent donc à l'inflammation de la membrane buccale, des ouvertures des vaisseaux exhalans et des follicules ou cryptes muqueux de la bouche et du pharynx, etc., à la destruction de l'épithélium et à l'exsudation couenneuse qui forme un des caractères principaux de la maladie. Mais cette exsudation est-elle du pus et forme-t-elle abcès, comme l'a dit Van-Swieten? Pour le moment, je ne chercherai pas quelle est la nature de cette matière, ni le mécanisme de sa formation, qui, comme la manière d'être de la fièvre scarlatine, de la rougeole, de la petite vérole, des éruptions miliaires, des pétéchies, etc., offrent les sujets des plus hautes questions de la physiologie de l'homme malade.

MEMOIRE

Sur le choléra-morbus;

Par le docteur Frédéric Pauli fils, de Landau (Bavière rhénane).

A une époque où l'attention des médecins et du public en général est fixée sur une maladie qui s'est déjà fait redouter en Europe par ses terribles ravages, et dont la

nature n'a pu être bien connue jusqu'à présent, ne doit-on pas écouter avec bienveillance celui qui vient essayer encore d'éclairer la discussion qui s'est élevée, en manifestant une opinion nouvelle, au risque de la voir réfutée plus tard, lorsque l'expérience aura prononcé en dernier ressort? L'expérience seule, j'en conviens, a dans ce cas une autorité décisive, et toutes les théories, quelque séduisantes qu'elles soient, s'écroulent et tombent d'elles-mêmes quand elles ne reçoivent pas d'elle sa sanction. Jusqu'à présent, il faut le dire, elle n'a pas prêté son appui à tout ce que les médecins allemands ont écrit sur le choléra : aussi n'est-ce qu'avec hésitation et timidité que je présente ma manière de voir, incertain si elle sera confirmée ou non par l'expérience universelle.

L'idée que je me suis formée du choléra a pris naissance dans l'observation de beaucoup de cas de fièvres intermittentes, surtout de la classe des pernicieuses, c'est-à-dire de celles qui sont accompagnées de la lésion grave d'un ou plusieurs organes essentiels à la vie, et qui tendent à devenir continues. Les unes et les autres de ces fièvres sont endémiques dans le pays que j'habite. J'ai observé les pernicieuses sous les formes les plus variées, tantôt avec des apoplexies, tantôt avec des inflammations de la trachée-artère, des poumons, du foie et de la vessie, etc., tantôt avec des hémorrhagies, telles que l'hématurie et l'hémoptisie. Ce qui facilite singulièrement le diaguostic de ces différentes formes de la maladie, c'est la connaissance de la constitution médicale dépendante du sol; aussi à quelle déplorable incertitude ne serions-nous pas livrés sans cette connaissance, puisque la marche de la maladie est si rapide que nous ne sommes pas en état de corriger le lendemain l'erreur de la veille? Le point

capital, c'est de combattre et d'éloigner la fièvre, quoique souvent il soit nécessaire d'attaquer avec vigueur le symptôme le plus pressant, comme, par exemple, une suffocation menaçante par le moyen d'une saignée; mais il n'est pas moins vrai que, si le fond de la maladie n'est pas enlevé, le symptôme, qu'on avait momentanément étouffé, reparaît de nouveau avec plus d'intensité, et emporte le malade.

Il est hors de doute que beaucoup d'individus ont ainsi succombé, et que des erreurs funestes ont pu être commises par des médecins nouvellement établis dans ce pays, et peu familiers encore avec le caractère des maladies qui y règnent. Si j'ai eu le bonheur d'éviter cet écueil, j'en suis redevable à mon père, à qui je dois en général tant de sages avis, fruit de sa longue expérience. (Voy. ma *Statistique médicale* de Landau, 1831, p. 165.)

J'ai donc remarqué d'abord que tantôt la maladie locale précédait l'invasion de la fièvre, et tantôt elle était précédée par de légers frissons, et que, en second lieu, les intermittences n'étaient point nettes, que les accidens menaçans diminuaient à la vérité, mais reparaissaient plus forts qu'auparavant, faute d'avoir combattu la fièvre. D'après mes observations, l'intermittence se réduit souvent à une simple rémission, et le nouveau paroxysme commence avant que le précédent ne soit terminé, en sorte que le frisson du second coïncide avec la sueur du premier. Il résulte de là que, pour administrer la quinine comme le remède le plus promptement efficace, on ne doit pas attendre une apyrexie complète, comme c'est l'usage pour les fièvres intermittentes simples, mais qu'il faut avoir recours à ce médicament souverain de suite et pendant l'attaque même, et le donner, s'il est

possible, à de fortes doses, en lui associant une substance appropriée au cas particulier. Ce n'est qu'alors que la fièvre s'amende, et qu'on voit disparaître tous les symptômes les plus inquiétans, tels que délire, douleur, agitation mêlée d'angoisses, etc. La seule chose qu'on remarque constamment lorsqu'on emploie en pareil cas la quinine, c'est un embarras de la tête, même une céphalalgie qui persiste pendant quelques jours après que le malade a été débarrassé de son affection principale.

Les faits qui m'ont porté à considérer le choléra comme une fièvre intermittente pernicieuse, sont particulièrement les suivans. Je vais les rapporter brièvement.

Première observation. Madame R***, âgée de vingt-quatre ans, d'un genre nerveux sensible, ayant éprouvé pendant quelques jours de légers frissons, et, huit jours avant sa maladie une diarrhée insignifiante, suite d'un refroidissement, fut attaquée subitement, le 4 mai 1829, de violentes coliques qu'augmentait l'attouchement le plus léger du bas-ventre, et dont les douleurs se *répandaient* dans toute la poitrine, ainsi que dans *le dos. Il* y avait en même temps horripilation, agitation, vertige, vomissement de glaires verdâtres, quoique la langue fût légèrement chargée, diarrhée avec ténesme, et évacuation de ces mêmes glaires après quelques selles pultacées; le pouls était faible et déprimé. On avait bien fait à la malade, avant mon arrivée, plusieurs espèces d'infusions théiformes; mais elle les avait vomies toutes; on avait aussi tenté de lui réchauffer le bas-ventre, mais ce fut sans succès. Quoique l'extrême violence de l'accès me fît présumer l'existence cachée de la fièvre intermittente, j'hésitais néanmoins à prescrire la quinine par la raison que les fièvres n'étaient pas très-fréquentes à cette

époque de l'année, et que je n'avais pas eu encore l'occasion d'en observer de pernicieuses pendant ce même printemps. Malgré la dépression du pouls, je fis appliquer vingt sangsues sur le bas-ventre, et je me crus d'autant plus autorisé à cette pratique que la malade venait d'avoir très-faiblement ses règles ; j'ordonnai de plus du lait d'amandes avec une petite dose d'extrait de jusquiame. Les douleurs avaient peu à peu diminué avec l'apparition de la chaleur, et cessé même presque entièrement au bout de trois heures et demie, et après que la sueur se fut établie. Les vomissemens et les selles devinrent également moins copieuses. Cependant, à trois heures de l'après-midi, les coliques se renouvelèrent et s'accrurent avec le retour des frissons : il y avait en même temps une agitation extrême mêlée d'anxiété, une jactitation permanente et une augmentation de vomissement et de diarrhée. La fièvre intermittente pernicieuse était alors trop fortement dessinée pour que je dusse hésiter à administrer la quinine. En réitirant l'application de vingt sangsues à cause des douleurs extrêmes du bas-ventre, j'associai au susdit remède une certaine dose d'opium (sulfate de quinine 6 grains, opium 1/2 grain), afin d'émousser instantanément la grande irritabilité de l'estomac qui rejetait tout ce qu'on y introduisait. J'annonçai une amélioration dans l'état de la malade ; et, sans crainte d'une rechute, j'eus la satisfaction de ne pas me tromper dans mon premier prognostic. En effet, je trouvai la malade, à huit heures du soir, dans une sueur générale et ayant le pouls presque tout-à-fait naturel ; le vomissement, qui avait diminué après la seconde dose de la poudre, avait entièrement cessé après la quatrième. Néanmoins je les fis continuer toute la nuit. Pendant

celle-ci et pendant le jour suivant, la malade ne se plaignit que d'un embarras de tête, et qui persista encore plusieurs jours. Vers le quatorzième, je lui fis prendre encore par précaution quelques prises de quinine, l'expérience m'ayant appris que beaucoup de fièvres intermittentes, et notamment les pernicieuses, étaient sujettes à récidive vers le quatorzième jour, ce qui me paraît dépendre de l'influence des phases de la lune.

Deuxième observation. Quinze jours plus tard j'observai un cas semblable au précédent chez un homme robuste, âgé de quarante-trois ans, du village de Sibeldingen, près de Landau. Cet homme, trempé par la pluie, eût deux jours après, savoir, le 20 mai, à six heures du soir, un violent accès de froid accompagné de douleurs dans les cuisses et dans les mollets, auxquelles s'associaient de temps en temps des spasmes. Ceux-ci, après avoir duré deux heures, se répandirent sur le basventre, où ils devinrent déchirans, pour se porter ensuite sur le dos et vers la poitrine. Après quelques borborygmes, des nausées et de l'agitation, le malade *vomit beaucoup de bile*, ce qui lui procura quelque soulagement; mais bientôt les douleurs reparurent au bas-ventre, s'y fixèrent davantage, s'aggravèrent avec des vomissemens presque continuels auxquels se joignit la diarrhée, et continuèrent jusqu'après minuit pour diminuer, ainsi que les évacuations par le haut et par le bas, avec une sueur générale précédée de trois heures de chaleur sèche. Cependant, vers les six heures du matin, un accès de froid d'une heure et demie exaspéra tous les symptômes, et il y eut même du délire. Je vis le malade pour la première fois à neuf heures : il avait une chaleur brûlante avec de fortes congestions à la tête; son *sensorium com-*

même était troublé. Il vomit des glaires aqueuses et jaunâtres, et rendit une semblable matière par les selles, avec un ténesme douloureux. D'après le récit que me firent les parens du malade des symptômes que je viens d'énumérer, je n'eus pas de peine à reconnaître la fièvre intermittente pernicieuse avec inflammation du foie. Le traitement ci-dessus indiqué fut mis en pratique; vingt-quatre sangsues appliquées sur le bas-ventre et une poudre composée de quinine et d'opium (sulfate de quinine, 6 grains, opium, 1/2 grain), dont on répéta la dose d'heure en heure, en y ajoutant un peu de sucre, produisirent vers une heure de l'après-midi une sueur générale et tellement bienfaisante que tous les accidens avaient disparu comme par enchantement. Le malade prit encore quelques-unes de ces poudres vers le huitième jour. Au total, 72 grains de sulfate de quinine, et 6 grains d'opium.

A la même époque, il mourut au même village un homme très-robuste âgé de trente-deux ans, d'une fièvre intermittente pernicieuse, accompagnée de pneumonie. Je le vis, pour la première fois, dans le quatrième et dernier accès de sa maladie, une heure avant son décès, lorsque le pouls était déjà irrégulier et presque imperceptible. Il y avait d'ailleurs tous les signes avant-coureurs de la mort. Le récit des personnes qui l'entouraient me fit connaître la véritable nature de sa maladie.

Les deux observations que je viens de rapporter pourraient faire naître la question de savoir si la quinine avait été absolument nécessaire pour faire cesser les accidens, ou si ce résultat ne devait pas être attribué aux fortes émissions sanguines que je fis pratiquer? A cela je réponds:

1° Les fièvres intermittentes sont endémiques chez nous; et, quoique le cas rapporté en premier lieu fût aussi la première fièvre pernicieuse que j'eusse observée ce printemps, elle fut suivie de plusieurs autres, car j'en remarquai encore cinq au mois de mai et dans la première moitié de juin.

On pouvait clairement distinguer les différentes stades de la fièvre intermittente, savoir, le *froid*, la *chaleur* et la *sueur*.

3° Dans ma première observation, les accidens avaient à la vérité un peu diminué après l'application des sangsues et avant l'emploi de la quinine; mais il est probable qu'il en aurait été de même sans cette application et sous l'influence de la sueur générale, comme le prouve d'ailleurs la seconde observation, dans laquelle les symptômes s'amendèrent pendant la transpiration et sans la saignée locale. D'un autre côté, l'accès renouvelé dans la première observation, malgré l'emploi des sangsues, démontre leur insuffisance, tandis que l'usage de la quinine dans la première et seconde prouve incontestablement l'efficacité de ce remède souverain, puisque dans les deux cas tous les symptômes alarmans s'évanouirent. Ce succès était si marquant qu'il dût lever tout soupçon contre la non-existence de la fièvre intermittente pernicieuse.

4° S'il n'y avait pas eu de fièvre intermittente sous jeu dans les cas que j'ai rapportés, on n'aurait certainement pas pu administrer impunément la quinine à des doses aussi fortes, et avec une lésion locale des organes du bas-ventre aussi prononcée.

D'autres pourraient demander si l'opium ajouté à la quinine n'avait pas pu faire tous les frais de la cure.

Mais les symptômes caractéristiques de la fièvre intermittente, ci-dessus rapportés, prouvent suffisamment son existence ; et, dans la supposition même qu'on voulût la nier et qu'on ne voulût voir dans les cas que j'ai cités qu'une maladie purement inflammatoire, il ne serait pas vraisemblable que l'opium eût suffi à en éloigner les symptômes, et notamment le délire et la congestion sanguine vers la tête. L'opium n'était donc ici qu'un adjuvant très-nécessaire, puisque, sans lui, la quinine aurait été immédiatement vomie avant qu'elle eût pu exercer son effet, et que les déjections si affaiblissantes auraient continué. Au reste, je n'ai pas besoin de faire remarquer que les médicamens ajoutés à la quinine doivent se rapporter à la lésion prédominante qui accompagne la fièvre pernicieuse (que, par exemple, dans l'encéphalite il convient en général d'associer la quinine au calomel), et que le traitement local doit être mesuré sur son degré de gravité. Car, si dans une violente pneumonie intermittente on négligeait, par exemple, la saignée pratiquée au moment de l'accès, et qu'on parvînt à la guérir plus tard au moyen de la quinine, les suites de l'inflammation, telles que des adhérences, des épanchemens de sérosité et autres espèces de phthisies, ne manqueraient pas de se manifester, et de mettre un terme à la vie du malade.

Cependant, pour ne pas être prolixe, et pour me disculper du reproche d'avoir une prédilection pour la forme de la maladie que je viens de désigner, je crois devoir revenir sur le choléra d'Orient, et montrer quelle en est la marche dans le pays qui en est le berceau. Ceci est important pour approfondir la nature de la maladie ; car ce n'est plus le choléra oriental dans toute sa pureté (s'il

est permis de s'exprimer ainsi) que nous avons devant nous. En devenant épidémique, il a au contraire contracté un caractère de malignité tel, que si, dans l'origine, il ne se propageait que par une infection miasmatique, il est devenu maintenant contagieux; ou il le deviendra, s'il ne l'est pas encore, par le concours des circonstances qui en favorisent le développement.

Ainsi, pour faire voir quelle est la marche du choléra dans l'Orient, je donnerai un extrait de ce qu'en dit le savant Schnurrer dans sa *Nosologie géographique* (Stutgard, 1813, page 299.) « Il attaque subitement; ses » symptômes sont : un sentiment de profonde prostration, » de difficulté à respirer, *frissons*, vertiges, nausée, pouls » fréquent et petit, hoquet, *chaleur*, vomissement bi- » lieux et déjection de même nature, agitation, délire; » après cela *sueur générale*, suivie d'une courte rémis- » sion, mais dans laquelle le pouls est tout-à-fait natu- » rel. Bientôt il se manifeste un second accès, dont le » *frisson* est moins prolongé, mais dont les autres symp- » tômes, surtout le mal de tête, le vomissement et la diar- » rhée, sont exaspérés; la *chaleur* est plus forte, le délire » plus prononcé, la langue est noirâtre; néanmoins il y » a une rémission avec *sueur*. Cependant il survient en- » core un troisième accès, plus fort que les précédens, » auquel le malade succombe. Quelquefois la maladie » a une marche plus rapide, surtout quand elle devient » épidémique : très-souvent elle est la suite des inonda- » tions du Gange. »

Qui pourrait méconnaître dans cette description la fièvre intermittente? n'est-elle pas toute conforme à mon opinion, qui considère le choléra comme une intermittente pernicieuse avec inflammation du foie? Qu'on

réfléchisse sur ses paroxismes séparés, sur ses périodes de *froid*, de *chaleur* et de *sueur* si bien décrits par Schnurrer, sans qu'il fût conduit lui-même à admettre une fièvre intermittente pernicieuse. Si dans l'épidémie actuelle il n'est plus possible de distinguer aussi exactement ces mêmes périodes, cela ne prouve rien contre la nature primitive de la maladie; seulement on peut dire qu'elles ont été effacées et rendues méconnaissables par le caractère de malignité dont elle s'est revêtue.

Pour prouver l'identité du choléra avec la fièvre intermittente, il est nécessaire d'examiner si les deux maladies reconnaissent les mêmes causes et se développent sous les mêmes conditions. Déjà Schnurrer fait la remarque très-judicieuse, que les inondations du Gange en sont la cause principale; et en effet, qu'est-ce qui produit le plus souvent la fièvre intermittente si ce ne sont les eaux stagnantes? leurs voisinages, leurs mares et les gaz qui s'en dégagent, déterminent presque seuls les fièvres intermittentes, tout comme ils produisent le choléra. Que l'on consulte l'origine et la marche du dernier. Il naquit en Asie, dans un pays soumis tant à de fréquentes inondations de la part des grands fleuves, tels que le Gange et l'Indus, qu'à un très-haut degré de chaleur propre à corrompre les émanations de la terre, et à former des miasmes délétères. Il apparut en Europe à la fin de 1829, lorsque l'été de 1828 et celui de 1829 furent particulièrement humides, et que les chaleurs subséquentes avaient favorisé les émanations de la terre; et remonta le cours du Volga qui, à l'instar du Nil, sort de son lit, tous les ans, au mois de juin, et se répand sur les terrains qui avoisinent ses bords. En Bessarabie et en Crimée il fit particulièrement sentir ses ravages dans ses

lieux humides et malsains. Tout récemment nous remarquons les mêmes effets en Hongrie.

Les pays qui ont le plus souffert du choléra sont précisément ceux qui sont le plus sujets à la fièvre intermittente, comme par exemple Moscou, Saint-Pétersbourg, Riga, Prodie, Varsovie, Lemberg, Offen, Pest, et où un mauvais régime, une eau impure, l'intempérance, le manque de vêtemens, et la malpropreté prédisposent encore davantage à ces fièvres. Ces circonstances locales expliquent ainsi comment des lieux voisins de ceux où régnait le choléra, et comment certains quartiers de la même ville, quoiqu'ils communiquassent avec ceux qui en étaient infectés, ont été préservés. De là vient aussi que la maladie attaque principalement les individus pauvres, malpropres, agglomérés et resserrés sur un petit espace, ou confinés dans des habitations humides, privés d'alimens sains et ne pouvant se procurer les aisances de la vie. Voilà pourquoi il attaqua avec tant de fureur les juifs de Prodie et de Lemberg, tandis que les classes plus fortunées, pouvant s'éloigner convenablement, *n'en* furent en général que très-peu affectées. Je dis en général, parce qu'en ce moment la maladie primitivement miasmatique parut être devenue contagieuse, et ne plus s'astreindre dans son invasion et dans son développement à des conditions dépendantes des localités, quoique, toutes choses égales d'ailleurs, elle semble constammeut attaquer de préférence ceux qui par leur position sont le plus susceptibles de la contracter. Il suit de là qu'elle peut saisir quiconque s'expose à la contagion, comme le prouvent les rapports arrivés de Pest et d'Offen; qu'une épidémie d'ailleurs, qui n'était point contagieuse dans son origine, peut le devenir plus tard, ce que nous dé-

montrent chez nous la dysenterie, la fièvre scarlatine, etc. Qu'on se représente une maladie fixée, s'il m'est permis de m'expliquer ainsi, tantôt sur un bon, tantôt sur un mauvais terrain : cette maladie deviendra plus maligne dans le second cas; des miasmes se développeront peu à peu par suite du grand nombre de malades et de morts, et s'attacheront peut-être aux objets inanimés, mais plus probablement aux hommes, et feront naître en eux, dans un espace plus ou moins court, une maladie, du moment qu'elle rencontrera une disposition favorable, telle qu'un refroidissement, une alimentation malsaine, etc., etc. Une chose digne de remarque et qui justifie entièrement ma manière de voir, c'est l'observation qu'on a faite à Moscou, savoir, que les fièvres intermittentes, si communes dans cette ville, ne se manifestèrent point tant que le choléra y régnait. La raison en est simple, c'est que tous ceux qui d'ailleurs étaient prédisposés à une fièvre intermittente contractèrent cette fois le choléra. Au reste cette maladie, comme beaucoup d'autres, suppose toujours une certaine prédisposition; du moins a-t-on assuré qu'à Moscou presque tout le monde avait éprouvé quelque chose du choléra, quoiqu'il n'ait pas éclaté complètement sur chacun, par la raison qu'il lui manquait la prédisposition. C'est ce que m'écrivait, cette semaine (20 août), un ami de Saint-Pétersbourg, qui eut quelques atteintes de ce mal sans l'avoir eu tout-à-fait; et ce fait a été remarqué sur beaucoup d'autres. La dispute sur la qualité contagieuse ou non-contagieuse du choléra me paraît en conséquence inutile : elle serait même intempestive et dangereuse si elle nous faisait négliger toute mesure de précaution. En effet, aux exemples de non-contagion on peut en

opposer d'autres qui prouvent la contagion dans certaines localités; elle est d'ailleurs possible et même vraisemblable du moment que la maladie est devenue plus intense et plus maligne. Il suffit d'avoir du doute à cet égard pour être porté à recourir à toutes les mesures de précautions, quelque insignifiantes qu'elles paraissent être, et il est vraiment inconcevable que l'esprit mercantile puisse aveugler les négocians, au point qu'ils ne craignent pas de tenir foire à Leipsig et à Francfort, où l'affluence des personnes de toutes les contrées favorise l'importation de la maladie et tend à accroître sa malignité. Qu'on imite l'exemple de la Russie, où la foire si renommée de Nischney-Novogorod a été contremandée cette année. Je crois devoir conjurer les gouvernemens d'exercer dans cette circonstance toute leur autorité prohibitive, afin de ne pas encourir tôt ou tard le reproche d'insouciance, et afin d'inspirer aux âmes timorées cette sécurité si nécessaire dans des temps aussi orageux que celui-ci.

Après avoir fait voir, en décrivant l'origine, la nature, la marche, les causes, etc., etc., du choléra, qui consiste vraisemblablement dans une fièvre intermittente pernicieuse épidémique, il me reste à démontrer que la maladie locale qui l'accompagne est une inflammation du foie. Cependant je conviens qu'elle n'est point la chose principale. En effet, quoique plusieurs des symptômes caractéristiques du choléra indiquent un trouble de la sécrétion biliaire, quoique la plupart des nécropsies montrent la vésicule du fiel remplie d'une bile verte et noirâtre, quoique ce fait démontre dans les fonctions du système hépatique un certain désordre que les fortes douleurs du bas-ventre pourraient faire qualifier d'inflammation, ces douleurs, soit qu'elles proviennent du foie,

soit qu'elles dépendent d'une inflammation qui a gagné la membrane muqueuse gastro-intestinale (comme le semblent prouver les ouvertures cadavériques des médecins de Moscou, qui ont trouvé les gros intestins le plus souvent rétrécis), exigent toujours des émissions sanguines, non des saignées générales, attendu que la maladie a une tendance à l'ataxie, et qu'en diminuant la masse d'un sang déjà si disposé à la décomposition, on n'en débarrasse pas les organes qui sont surchargés, mais des saignées locales au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées.

La cause prochaine du choléra est aussi peu connue que l'est celle de la fièvre intermittente elle-même. Il paraît hors de doute que le système ganglionnaire est primitivement affecté, et que la moelle de l'épine et tout le système nerveux le sont secondairement. Car comment s'expliquerait-on la marche si prompte du choléra, si l'on n'admettait point une paralysie subite du *cerveau abdominal?* Mais je m'abstiens à cet égard de toute discussion physiologique et pathologique, attendu que mon sujet m'a déjà entraîné plus loin que je ne me l'étais proposé. L'essentiel pour nous c'est de posséder dans la quinine un médicament assuré contre la fièvre intermittente, et qui ne nous refusera pas son service dans le choléra, pourvu qu'il soit employé à temps. Qu'on n'attende point pour s'en servir le moment de l'apyrexie, parce qu'il ne peut pas y en avoir dans une maladie dont le premier accès peut déjà devenir mortel, et puisque dans l'état de malignité auquel elle est parvenue dans ce moment on n'en peut plus distinguer les paroxismes. Mais qu'on ne perde pas un moment pour administrer la quinine avec l'opium, en lui associant les autres moyens

topiques dont nous avons parlé. Ce médicament, outre sa vertu anti-fébrile, peut encore par sa qualité tonique prévenir la décomposition de la masse du sang. J'ajouterai encore que, d'après mon opinion, il faut de fortes doses de quinine (de 6 à 10 grains, par exemple), et répétées à de courts intervalles, pour dompter la maladie, et pour amener la sueur par laquelle elle doit se juger. Tous les remèdes employés jusqu'à présent avec quelques succès dans cette maladie tendaient à amener une sueur que la quinine provoque de la manière la plus sûre. Avec cela je ne nierai pas qu'il n'y ait encore d'autres moyens propres à provoquer la transpiration, pas plus que je ne soutiendrai que la quinine soit le seul remède contre la fièvre intermittente. La méthode naguère si vantée de Bochnia me rappelle nos habitans de la campagne qui se guérissent en prenant des liqueurs spiritueuses, en se mettant ensuite en course, ou en se faisant fortement suer dans leur lit. Mais, quelle que soit la valeur de ces faits et de beaucoup d'autres analogues qu'on pourrait citer, la quinine n'en mérite pas moins la préférence sur tous les autres médicamens, parce qu'elle agit plus sûrement et plus vivement, et aussi parce qu'elle est d'une application plus facile.

Je tiens pour inutile de m'étendre sur les moyens préservatifs. L'habitation dans des lieux secs et élevés, des vêtemens chauds et proprement tenus, une nourriture saine et à laquelle l'estomac soit déjà habitué, l'abstinence des alimens acides, et la sérénité de l'âme : tels sont les meilleurs moyens prophylactiques, auxquels il faut ajouter le soin d'éviter un rapprochement et un contact trop immédiat avec les personnes malades.

En déposant ici ma manière de voir, et en invitant mes

collègues à essayer le traitement que je propose, je fais des vœux ardens pour que l'expérience le sanctionne au profit de l'humanité souffrante.

Note additionnelle.

Le rédacteur de la *Gazette universelle d'Augsbourg*, à qui j'avais adressé d'abord ce mémoire pour qu'il le publiât en allemand dans son journal, me le renvoya avec un billet sans signature, disant qu'il n'avait pu être inséré à cause de sa trop grande étendue. Par suite de ce refus, mon mémoire a été publié dans la *Nouvelle Gazette de Spire* du 6 septembre de cette année; et, deux jours après, je n'ai pas été peu surpris de le voir reproduit dans la *Gazette d'Augsbourg* elle-même, qui le donne à ses lecteurs comme l'ouvrage d'un nommé Sander. Ceux qui sont à même de lire et de comparer les deux journaux verront facilement combien mon travail a été mutilé et défiguré dans ce honteux plagiat.

Depuis que j'en ai terminé la rédaction, j'ai trouvé de nouveaux argumens qui prouvent, selon moi, l'analogie du choléra avec la fièvre intermittente. D'abord l'expérience nous apprend que les vieillards et les enfans, si susceptibles de contracter le choléra sporadique, ne sont guère attaqués du choléra oriental, ce qui s'accorde tout-à-fait avec ma manière de voir, en ce que les enfans et les vieillards ne sont que rarement affectés de fièvre intermittente. En second lieu, le choléra ne sévit jamais avec autant de violence sur un vaisseau en pleine mer, que sur la côte ou sur la terre ferme : or, la même chose s'observe à l'égard de la fièvre intermittente, surtout quand il y a long-temps que le vaisseau a quitté le rivage.

Enfin, on remarque que quelquefois le choléra existe sans aucune évacuation ni par le haut ni par le bas, et que les malades meurent dans un espace de temps extrêmement court, ce qui prouve que ces mêmes évacuations ne constituent pas l'essence de la maladie, tandis qu'en admettant une fièvre intermittente pernicieuse, la promptitude de la mort s'explique parfaitement par une paralysie subite.

Depuis que l'opinion s'est plus répandue parmi les médecins, que le choléra est une fièvre intermittente pernicieuse, on a fait des essais avec la quinine contre cette maladie en divers endroits. M. de Graefe, à Berlin, a donné la quinine comme préservatif sans succès; d'autres médecins l'ont donnée sans succès dans le cours de la maladie, et après des purgatifs. Voudrait-on conclure de pareilles expériences que le choléra n'est point une fièvre intermittente pernicieuse, et par conséquent que la quinine n'est pas applicable à son traitement? Cette conclusion nous paraîtrait mal fondée. Le choléra peut être une fièvre intermittente pernicieuse, sans que *la* quinine donnée comme préservatif soit efficace, et sans que la même substance ait un effet curatif, si on la donne après avoir purgé. Il faut que je m'explique clairement.

1° Tout médicament donné à titre de préservatif modifie d'une certaine manière l'organisme, et peut en conséquence le rendre plus susceptible, plus impressionnable. Car il n'y a point de remède absolument fortifiant, comme il n'y en a point d'absolument débilitant : on fortifie l'estomac d'un malade par des vomitifs ou par des purgatifs, comme dans d'autres circonstances par des élixirs; et d'un autre côté on obtient quelquefois par un médicament tonique ou fortifiant des évacuations qu'on

n'avait pu provoquer par des purgatifs. On peut donc aisément concevoir comment un remède *préservatif* n'agira pas de la même manière sur tous les individus. Sans doute on m'objectera que nous donnons le préservatif dans la supposition que l'organisme est en bon état; à quoi je réponds, qu'un préservatif tel que la quinine, qui est un remède fortifiant, ne pourrait que nuire au corps qui est en bonne santé; il pourrait même lui nuire en augmentant sa vigueur; car *le plus* comme *le moins* de vigueur est un état anormal, et partant un commencement de maladie, une prédisposition. Mais néanmoins, si l'on persistait à employer la quinine comme préservatif contre le choléra, je demande quand et à quelles doses on devrait la donner. Supposons que le choléra règne pendant quatre mois dans un pays, il faudrait, si l'on commençait à administrer la quinine comme préservatif, même à de très-petites doses, les augmenter nécessairement, puisque l'organisme ne serait pas long-temps défendu par un si faible défenseur, ni le choléra arrêté. Mais si l'on augmentait graduellement les doses, où faudrait-il enfin s'arrêter (1)?

(1) Si, par exemple, on commençait seulement par donner un grain de quinine matin et soir en augmentant tous les trois jours d'un grain, il en faudrait pour chaque personne, au bout de deux mois, une once et demie, et au bout de trois mois deux onces, et au bout de quatre mois une demi-livre. Par conséquent à Vienne, où il y a près de 400 mille âmes, il faudrait pour quatre mois 2000 quintaux de quinine; à Berlin, où il y a 250 mille âmes, 1250 quintaux; pour toute l'Allemagne enfin 150,000 quintaux de quinine. Il est vrai que nous comprenons dans ce calcul les enfans et les vieillards, qui sont peu susceptibles de contracter le choléra; mais la différence serait compensée par la durée plus longue de la maladie dans quelques endroits: nous ne l'avons supposé partout que de quatre mois.

2° On a regardé la quinine comme inefficace contre le choléra, parce qu'elle n'a pas réussi après des purgatifs. Pour réfuter cette opinion, on me permettra de donner un extrait de ma statistique médicale de Landau (p. 165). « A l'égard des fièvres intermittentes pernicieuses, elles sont, sans contredit, au nombre des maladies les plus dangereuses. Souvent l'attaque est précédée d'un accès de froid peu remarquable; quelquefois les douleurs locales commencent sans un accès de fièvre; les intermissions sont rarement bien prononcées. Souvent il survient une rémission; souvent l'un des accès commence avant que l'autre ait fini, de manière qu'il en résulte une fièvre *subintrante*. Bref, tout va au point que l'on croirait avoir devant soi une tout autre maladie que celle-ci; cependant il est très-urgent de la reconnaître positivement de prime-abord. La quinine est et reste toute seule *sacra anchora*. Il est impossible de penser ici à une évacuation des premières voies. Voici une indication vitale! l'attaque vaincue, tout est vaincu! mais plus tard, il est parfois nécessaire de prescrire des remèdes résolvans et laxatifs. Mais, pour être d'abord obligé de purger, je traite cela comme de la poussière de l'école dont il faut se débarrasser, si l'on veut bien traiter une fièvre intermittente pernicieuse. »

Si l'on parvenait à constater, par des expériences ultérieures et décisives, que la quinine n'est pas un remède efficace contre le choléra, que tout me porte jusqu'ici à considérer comme une fièvre intermittente pernicieuse, il s'élèverait alors une autre question qui jusqu'à ce jour n'est point encore résolue. Je répète que la quinine doit être donnée à des doses fortes pour produire quelques effets. Il ne faut pas craindre de donner des prises de six à dix grains, surtout dans les cas de récidive de la maladie.

MÉMOIRE

Sur les avantages de l'extirpation du frein de la langue, au moyen d'un instrument nouveau ;

Par M. COLOMBAT de l'Isère.

Parmi les opérations diverses qui sont du domaine de la chirurgie, il n'en est pas qui paraisse plus facile et plus simple que la section du frein de la langue ; cependant aucune autre opération n'est aussi souvent mal pratiquée et n'atteint plus rarement le but qu'on s'est proposé en la faisant. Il y a donc certaines règles à suivre et certaines précautions à prendre pour rendre utile la section du filet, et éviter les accidens fâcheux qui dépendent moins de l'habileté de l'opérateur que du procédé et des instrumens plus ou moins convenables qu'il a employés. Je vais bientôt expliquer ma pensée à cet égard ; mais avant, je crois devoir indiquer les circonstances qui réclament l'opération qui fait le sujet de ce mémoire, et décrire le procédé aussi vicieux que peu efficace que l'on met le plus généralement en pratique. Après avoir critiqué cette méthode et en avoir signalé le peu d'avantage et les inconvéniens, je ferai connaître celle que j'ai imaginée et mise quelquefois en usage sur des enfans à la mamelle, et très-souvent sur des adultes que j'ai traités dans l'établissement spécial que je dirige pour la cure du bégaiement et de tous les autres vices de la parole. Il n'y a donc, selon moi, que deux circonstances qui nécessitent l'excision du filet ; la plus commune se rencontre chez les enfans à la mamelle, et l'autre chez cer-

tains bègues qui ne peuvent que difficilement porter le sommet de la langue vers le voile du palais. Si je fais alors l'extirpation complète du frein, ce n'est pas que je regarde cette membrane comme étant jamais la cause du bégaiement proprement dit, mais seulement comme pouvant être, dans quelques cas, un obstacle à l'application facile de la gymnastique vocale que je mets en usage pour le traitement des bègues.

Lorsqu'un enfant en bas âge peut exercer la sucçion et la déglutition, il faut s'abstenir de faire la section du frein, lors même qu'il semblerait trop court et se prolonger en avant. Dans le premier cas, la langue paraît comme collée seulement aux parties inférieures; dans le second, au contraire, l'organe, est comme attaché dans toute sa longueur par le filet qui se prolonge d'arrière en avant. Ces deux vices de conformation rendent quelquefois inutiles tous les efforts que font les enfans pour téter. Car l'un et l'autre retiennent la langue et empêchent que sa pointe ne puisse être portée vers la paroi supérieure de la cavité buccale, et par conséquent presser contre le *palais* le bout de la mamelle pour en retirer le lait.

Dans l'état naturel, la membrane sublinguale vient se fixer en avant à un quart de pouce environ du sommet de l'organe phonateur qui doit exécuter sans peine tous les mouvemens dont il est susceptible. Quoique l'existence du frein ne soit pas rare, on la rencontre cependant moins fréquemment que les mères et les nourrices ne le prétendent communément. Souvent, sans que leurs enfans aient aucune trace du vice de conformation qu'elles leur supposent, elles veulent à toute force que leur chirurgien pratique l'excision d'un filet qui n'existe que dans leur imagination. Dans ce cas, pour les satis-

faire, il convient, ainsi que l'ont conseillé plusieurs auteurs, de faire semblant d'opérer en donnant un large coup de ciseaux dans l'atmosphère; dès lors les enfans tettent à merveille, et les parens admirent l'habileté du chirurgien qui a opéré sans effusion de sang.

La manière ordinaire de faire la section du filet consiste à engager cette membrane dans la rainure pratiquée dans le milieu de la plaque d'une sonde cannelée, tenue de la main gauche, et à inciser de l'autre main, d'un seul coup de ciseaux dans une étendue convenable. Cette opération, pratiquée de la sorte, offre d'abord l'inconvénient de pouvoir quelquefois intéresser les artères ranines, si surtout on n'avait pas eu la précaution de se servir de ciseaux mousses, et si on avait pratiqué l'incision trop en arrière. Je crois devoir ajouter ici le conseil suivant que donne un auteur moderne anglais, A. Burns, dans son ouvrage intitulé : *Surgical Anatomy of the head and neck*, page 239. « Ce ne sont pas seulement les rapports du tronc de l'artère linguale que le chirurgien doit connaître; il doit ne pas ignorer quels sont ceux de l'artère ranine avec le frein de la langue. Il verra alors combien est blâmable l'usage de porter la pointe des ciseaux en haut et en arrière quand on coupe le frein, opération qui, pour le dire en passant, est plus souvent pratiquée qu'il n'est besoin de le faire. Il apprendra que l'artère ranine passe précisément sur l'attache du frein, que, pour l'éviter, il faut incliner en bas la pointe des ciseaux, et que si on ne le fait pas, l'artère sera probablement intéressée. »

Les avantages de la section pure et simple du filet, comme on la pratique ordinairement, c'est-à-dire d'avant en arrière, n'ont qu'une existence éphémère, parce que

les deux surfaces sanglantes qu'on a simplement divisées se réunissent bientôt, et mettent ainsi de nouveau la langue dans les conditions où elle se trouvait avant l'opération, si, comme cela arrive souvent, elles ne sont pas encore plus défavorables.

C'est pour éviter les accidens que je viens de signaler et la réunion des deux parties divisées, et afin de profiter le plus possible de tout le bénéfice de la section du filet, que j'ai imaginé une espèce de sécateur emporte-pièce, extrêmement courbé sur son plat (*Voir la planche à la fin du journal*), et coupant seulement dans la courbure qui le termine, de manière à emporter d'un seul coup le frein dans toute sa longueur, et à éviter les artères ranines qui sont protégées par une plaque faite *ad hoc* (*Voir la figure* 2e), à manche fixé de côté, dans la rainure de laquelle la membrane qu'on a divisée doit être logée. Ce filet, entièrement extirpé, ne pourra se renouveler, et la réunion sera impossible, si surtout, ainsi que le conseille également M. Hervez de Chégoin, on a soin de cautériser avec le nitrate d'argent un des *points* de la surface saignante, afin que les bords de la plaie, n'étant plus dans les mêmes conditions, aient moins de tendance à se réunir.

J'ajouterai encore que la personne doit être assise en face d'une croisée bien éclairée, la bouche largement ouverte, et la langue relevée le plus possible vers la voûte palatine. L'opérateur profitera de l'instant où le frein sera le plus saillant pour l'engager dans la rainure de la plaque, dont les côtés, larges de six lignes, protégeront les vaisseaux, qui ne pourront être intéressés par mon sécateur, lors même que l'opération serait pratiquée par des mains peu habiles.

Le procédé que je viens d'indiquer est également applicable chez les enfans qu'on allaite, et offre pour eux les mêmes avantages. C'est surtout chez eux que ma plaque à manche tenu de côté est encore plus utile, parce qu'elle permet de mieux voir dans la cavité buccale que lorsqu'on emploie la plaque de la sonde cannelée ordinaire; si on éprouvait des difficultés pour leur faire ouvrir la bouche et relever la langue, on y parviendra facilement, comme tous les auteurs le conseillent, en leur pinçant légèrement le nez; pendant qu'ils crieront, la langue se soulèvera et permettra à l'opérateur d'engager le frein dans la rainure de la plaque qui protége la partie et facilite l'opération.

Si, malgré la précaution que je viens d'indiquer, une hémorrhagie un peu considérable avait lieu, on l'arrêterait facilement par le tamponnement, ou au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le fer rouge. C'est surtout chez les enfans qu'une hémorrhagie même peu considérable peut devenir dangereuse, parce que faisant sans cesse des mouvemens de succion, ils avalent leur sang à mesure qu'il sort des vaisseaux ouverts, et la mort peut arriver sans qu'on en ait connu la cause, avant d'avoir fait l'ouverture des cadavres dont on trouve l'estomac et le canal intestinal remplis de sang. Dionis, dans son *Cours de chirurgie*, page 625, et Petit, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, tome III, page 267, en citent des exemples.

Telles sont en peu de mots les modifications que j'ai cru devoir proposer pour une opération qui, quoique simple et facile, n'est pas toujours sans dangers, et qui, pratiquée d'après la méthode ordinaire, est souvent sans résultat heureux, et atteint rarement le but qu'on s'est proposé,

puisque la réunion des parties divisées a lieu presque aussitôt. Si je suis assez heureux d'obtenir l'approbation des praticiens qui emploieront les instrumens que j'ai imaginés, je m'en applaudirai et répéterai avec le célèbre Baglivi : *Si veritati consecrat nostra sententia, gaudeo!*

Bulletin clinique de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Du périoste; par MM. les professeurs Delpech et Dubrueil (1).

Enveloppe extérieure immédiate des os (2), le périoste appartient à la classe des membranes fibreuses, dont nous allons retracer succinctement les principaux caractères, pour signaler ensuite ceux qui sont propres au périoste.

Si, comme on n'en peut douter, l'histologie est une science de création moderne, c'est cependant s'abuser que de croire avec certains auteurs que les anciens désignaient sous la dénomination de tissus blancs ou nerveux,

---

(1) Ce fragment sur le périoste est l'introduction d'un travail commun aux professeurs Dubrueil et Delpech sur les maladies du système osseux. Les auteurs se proposent de continuer, dans la *Revue médicale*, la publication de ce travail, qui sera accompagné de desseins lithographiés lorsqu'ils seront nécessaires pour l'intelligence du texte.

(2) Il est une membrane que son organisation assimile au périoste, dont elle remplit d'ailleurs les fonctions à l'égard des os du crâne et du canal rachidien, bien que située à leur intérieur, où elle fait l'office de périoste ; nous voulons parler de la dure-mère.

des organes n'ayant de commun que la couleur. Plaçant dans le péricrâne ou la dure-mère l'origine du système fibreux qui, sans interruption, venait en irradiant revêtir les os, ils exprimaient un fait anatomique qui est loin d'être réel, mais qui prouve néanmoins que l'analogie qui existe entre les diverses parties du système fibreux, n'avait pas échappé à leur esprit investigateur. Peut-on avec notre Bichat considérer le système fibreux comme ayant un centre commun? Cette proposition serait tout au plus admissible, en la restreignant à ses seuls rapports avec les organes de la locomotion; à l'instar du système vasculaire, par exemple, le fibreux ne représente point un tout convenu, mais il offre, suivant les régions du corps, quelques modifications dans son organisation. Ici il est peu vasculaire; là, au contraire, il possède de nombreux vaisseaux sanguins. Doué d'une certaine élasticité dans quelques parties, il en est privé dans d'autres. De nos jours, on a avec raison rattaché au système fibreux un tissu qui forme une transition naturelle entre lui et le système musculaire: c'est le *fibreux élastique*.

Le fibreux ou albuginé se présente sous deux formes dans l'économie: la membraneuse et la fasciculée.

La grande et admirable vérité d'unité de composition organique s'applique naturellement à l'étude des tissus et des systèmes. Restreindre leur nombre, démontrer leur mutuelle affinité, comment ils peuvent se transformer l'un dans l'autre, c'est simplifier et perfectionner en anatomie générale. Notre collègue le professeur Laurent a senti ce besoin de la science, et en a fait d'heureuses applications à la classification et à l'histoire des tissus. C'est sous le nom de *système scléreux* qu'il dé-

signe d'une manière collective les tissus fibreux, cartilagineux et osseux.

Modification profonde du système cellulaire ou formateur. L'essence du système qui nous occupe consiste dans le rapprochement, la condensation de fibres d'un blanc gris, gélatineuses, peu élastiques, et dirigées en divers sens. Elles sont regardées par quelques histologistes comme fibres élémentaires ou primitives.

Considéré dans toute son étendue, le périoste offre deux surfaces : l'une extérieure, unie, identifiée avec des dépendances du système fibreux lui-même, tendons, aponévroses; l'autre interne, recouvrant les os, leur envoyant des prolongemens vasculaires et fibreux. On a dit que le périoste était formé de plusieurs lamelles superposées; mais il n'en existe réellement qu'une que l'on peut artificiellement diviser en plusieurs lames secondaires. Faisons observer que la dure-mère semble constituée dans les premiers temps de la vie de deux feuillets distincts. Plus mou et comme tomenteux à l'extérieur, le périoste est composé de fibres d'autant plus serrées qu'on les examine dans la portion du périoste la plus profonde, la plus rapprochée de l'os. Il est difficile d'assigner d'une manière exacte la direction des fibres du périoste; on peut dire que les superficielles paraissent suivre le trajet des fibres osseuses qu'elles recouvrent. En étudiant au microscope et au moyen de divers grossissemens des lambeaux très-ténus, des lamines du périoste prises sur un enfant naissant et sur un de six ans, nous n'avons nullement aperçu la structure globuleuse à laquelle on a prétendu, comme dernier terme d'analyse organique, réduire les tissus élémentaires; mais nous avons aisément distingué la disposition linéaire. Au reste, le périoste n'est pas le

seul solide vivant dans lequel on ne puisse reconnaître la présence des globules.

Le périoste est plus dense chez l'enfant et moins adhérant aux os qu'à une époque plus avancée de l'existence. Chez l'adulte, les prolongemens vasculaires et fibreux, plus nombreux aux épiphyses qu'à la diaphyse, rendent plus intime l'union du périoste à l'os : elle augmente encore dans la vieillesse. L'explication qu'on a coutume d'en donner en l'attribuant à l'ossification, à l'incrustation de la couche la plus interne du périoste, ne peut satisfaire ; elle n'est point l'expression des faits. D'abord cette ossification de la portion fibreuse annexée aux os ne serait-elle point une supposition toute gratuite? Combien de fois nous avons pu chez des vieillards enlever le périoste devenu plus mince, d'une couleur plus foncée, et acquérir la conviction de sa non-ossification ! L'intimité de l'adhérence du périoste à cette époque n'en est pas moins véritable. Ne peut-on la concevoir comme résultant de l'oblitération des nombreux vaisseaux qui traversent le périoste pour se distribuer à l'os, et de leur transformation en filamens fibreux qui, multipliant les points d'insertion du périoste sur les os, tendent nécessairement à rendre l'adhérence plus solide ?

L'on ne saurait appliquer au périoste ce qu'un célèbre zoologiste a dit des parties fibreuses en général : qu'elles sont les *parties organiques le moins organisées possible.*

Un des traits distinctifs du périoste comme de la dure-mère se trouve dans leur vascularité. Les artères du périoste lui sont fournies par les artères musculaires les plus voisines. Dans l'étude des vaisseaux du périoste, il est important de distinguer ceux qui se consument dans cette membrane d'avec ceux qui la traversent pour se

rendre aux os. Nous ne nous occuperons ici que des premiers : nous avons multiplié les injections pour saisir leur trajet et leurs anastomoses ; nous n'avons point négligé les occasions d'observer les vaisseaux du périoste, alors qu'il est enflammé ; nous avons même artificiellement suscité la *périostite* sur des animaux différens par l'espèce et l'âge. Après une injection heureuse sur le fémur d'un enfant de cinq ans, nous fîmes macérer le périoste. Vu par sa face interne, il représentait un lacis de vaisseaux d'une capillarité d'autant plus remarquable que les vaisseaux parallèles aux premiers, mais d'un calibre supérieur, traversaient aussi le périoste et aboutissaient à la substance compacte du fémur. Ruysch, abusant d'un art qu'il possédait dans la perfection, a publié des figures où le périoste n'est qu'une membrane entièrement vasculaire ; mais, comme l'observe Bertin dans son excellent Traité d'ostéologie, Ruysch, dans ses admirables injections, s'est plus occupé des vaisseaux qui rampent sur l'extérieur de l'os, que de ceux qui se distribuent à *sa* partie interne.

Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pu parvenir à découvrir les filets nerveux destinés pour le périoste. Doit-il à ceux qui se rendent aux os ses moyens d'innervation ?

L'élasticité du périoste est médiocre, mais toutefois plus développée que dans le système osseux. Il oppose une certaine force de résistance à la rupture ; ainsi, un os long est-il fracturé, le fémur, par exemple, il peut arriver que le périoste ne se déchire point au moment où la solution de continuité s'opère. Le blessé marche jusqu'au moment de la rupture du périoste. Il y a peu de jours que nous venons d'être témoins d'un fait semblable.

Une femme octogénaire hémiplégique, à la suite d'une attaque d'apoplexie, se laissa tomber de sa hauteur sur le grand trochanter du côté opposé à la paralysie; relevée à l'instant, elle fit plusieurs tours dans la chambre. Le lendemain matin, en posant le pied sur le sol, la malade éprouva une douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale; aussitôt la pointe du pied se dévia en dehors, et il se manifesta un raccourcissement d'un pouce dans la longueur du membre, comparé à celui du côté opposé. Appelé près de cette femme, nous ne pûmes méconnaître les signes de la fracture du col du fémur. Nous ne doutons point que l'os n'ait été rompu au moment de la chute; le périoste a maintenu les fragmens en rapport et a même rendu la progression possible, quand à l'occasion d'un léger mouvement, la force de cohésion du périoste a été vaincue. Sur les chevaux qui sont surmenés, on observe quelquefois la rupture du périoste à une époque même assez éloignée de la fracture de l'os. L'animal peut marcher immédiatement après l'accident, quoique la solution de continuité soit à l'un des os du membre; mais bientôt, et sans l'action d'une cause physique, il tombe et ne peut se relever. Si l'animal est sacrifié, on peut juger que la fracture existe depuis quelque temps. Le ramollissement du périoste, suite inévitable d'une inflammation dont il était le siége, a entraîné la rupture.

Si, dans l'état normal, ou sous l'influence d'une cause agissant d'une manière violente, l'élasticité du périoste est peu marquée, il n'en est point ainsi quand la cause agit à la longue et d'une manière, pour ainsi dire, progressive. Ne voit-on pas des tumeurs d'un volume énorme, immédiatement placées sur les os, distendre le périoste

qui les recouvre et acquérir quelquefois plus d'épaisseur qu'il n'en a ordinairement? Peut-être que l'irritation propagée à cette membrane a pour effet de dévier le mouvement nutritif de son état normal, et que l'épaisseur accrue n'est que le résultat d'une suractivité nutritive.

Quelles sont les fonctions départies au périoste?

Nous ne rappellerons pas ici les hypothèses émises à ce sujet. Persuadés que l'impulsion du cœur était le seul mobile dans l'acte de la circulation du sang, et que les vaisseaux éloignés perdaient leur force impulsive, les anciens s'imaginaient que le périoste, qu'ils douaient d'une grande force d'élasticité, avait pour usage d'accélérer la circulation dans les vaisseaux qui vont nourrir les os. En le dépossédant de cette propriété illusoire, les modernes ont étudié le périoste dans sa connexion, ses rapports avec le système osseux considéré à l'état sain et à l'état pathologique. Il est d'autant plus important pour nous d'appeler l'attention et de chercher à fixer les idées sur les fonctions du périoste, qu'il joue un rôle très-actif dans les altérations et les réparations des os. Par son mode d'organisation et sa situation, le périoste remplit plus d'un but. Aussi, le considérerons-nous sous deux points de vue, comme membrane fibreuse contentive, et comme membrane de nutrition, ou mieux, comme chargée de transmettre au système osseux une partie des vaisseaux qui s'y distribuent.

Sous le premier rapport, disons qu'un des principaux attributs physiques du périoste réside dans sa force de résistance. Aussi, placé par un heureux artifice en dehors des os, il protége les vaisseaux qui leur sont destinés, en même temps qu'il trouve sur eux un point d'ap-

pui suffisant. Le périoste est une sorte de gangue, de matrice, qui, à l'époque de l'ossification, sert de moule aux os, en détermine la norme, et prévient les déviations, les aberrations de la substance osseuse (1). Quand un organe doit être isolé, et en quelque sorte spécialisé, il a pour enveloppe une poche fibreuse. Dans les circonstances hygides et morbides, le périoste, comme le système dont il ne forme qu'une division, jouit d'une faculté isolante bien digne de remarque. Tel est le périoste, comme membrane de protection aux os.

Peut-on le regarder comme faisant pour eux l'office de membrane de nutrition, comme présidant à leur régénération ? Que cette opinion, qui compte parmi ses fauteurs des hommes qui font autorité dans la science, soit adoptée, rejetée ou modifiée, elle mérite d'être approfondie.

On a dit et répété que le périoste est un parenchyme de nutrition prêt à recevoir le phosphate calcaire, qu'il est pour l'os enfin un véritable organe sécrétoire, et dans le cas de fracture de nécrose, etc., la restauration de l'os est due à l'ossification du périoste ou de sa lame in-

(1) Ceci doit être entendu avec les restrictions que doit imposer la connaissance des lois, encore peu étudiées, de l'embryogénie. Nous avons lieu d'être convaincus que, dans l'origine, un appareil nerveux plus ou moins simple, préexiste à chaque organe, et détermine le sens du mouvement, dans le courant sanguin qui doit le parcourir et sur le trajet duquel les vaisseaux vont se former. Dès lors, le patron de l'organe à produire est dessiné; il naîtra par les sécrétions, le départ que le sang éprouvera. A ce point, un sac, une enveloppe extérieure est nécessaire pour contenir les matériaux dans la limite rationnelle. Ainsi, le contact et la pression mutuelle de plusieurs parties limitrophes servent à délimiter leur étendue, à définir leurs formes, etc.

terne (1). Mais n'y a-t-il point ici erreur? et n'attribuerait-on pas au périoste lui-même ce qui n'appartient qu'aux vaisseaux sanguins qu'il transmet aux os?

Le périoste n'a rien dans son mode d'organisation qui justifie l'importance qu'on lui attribue pour former les os, ou plutôt cette importance, il ne la doit qu'aux vaisseaux nombreux dont il est le moyen de transmission. Il importait que cette membrane, considérée seulement dans ses rapports avec les vaisseaux qui la traversent, fût de nature fibreuse ou autre. Enfin le périoste ne sécrète pas plus l'os que le péritoine ne sécrète le foie, ou la plèvre les poumons.

Pour étayer l'opinion qui fait du périoste l'organe formateur des os, on a indiqué la tendance du système fibreux en général à s'encroûter de phosphate de chaux, par suite des progrès de l'âge. Sans nier cette tendance à l'incrustation calcaire, qui toutefois a été exagérée, si le périoste, par son ossification, servait à réparer les os, à les unir quand ils ont été divisés, le cal ne devrait-il pas se former plus promptement chez les vieillards que chez les jeunes sujets? Si, parmi les systèmes de l'organisme, l'osseux

---

(1) Les travaux de Duhamel sur l'analogie de l'écorce des dicotylédons avec le périoste, ont fait croire que, de même que le liber, couche corticale, la dernière, la plus récente se métamorphosait pour former le corps ligneux, de même aussi les couches les plus internes du périoste se transformaient en os. Il n'y a pas plus d'analogie d'organisation que de fonction entre le cortex ou le liber et le périoste. On a dit, avec raison, que bien que les conséquences que l'habile académicien a cru devoir déduire de ses recherches ou de ses expériences sur les vegétaux aient été fausses dans leur application aux animaux, cependant ces expériences seront toujours citées comme un modèle de précision et d'exactitude.

se distingue par sa faculté régénératrice, c'est aux vaisseaux du périoste, et surtout à ceux de la membrane médullaire, qu'il doit ce privilége. Ces deux membranes sont dans une solidarité établie par les vaisseaux. Ceux du périoste nourrissent l'os dans sa substance corticale. C'est en traitant de la formation du cal que nous espérons démontrer sa non-ossification, et la sécrétion par les vaisseaux d'un suc qui ne devient osseux qu'après avoir éprouvé plusieurs états transitoires.

C'est sur un plan identique que la nature travaille. Les mêmes phénomènes président à la formation des os quand ils commencent à paraître, ou qu'ils sont accidentellement reproduits. Le développement d'un appareil vasculaire est toujours le signal de la sécrétion du phosphate de chaux, et le mécanisme qui préside d'abord à l'ostéogénie est encore celui en vertu duquel se forme le cal dans la réunion des os.

Nous avons répété que l'adhérence du périoste à l'os était en raison directe de l'âge. Cette assertion, vraie dans les circonstances ordinaires, souffre des exceptions, surtout appliquée à la dure-mère, que nous avons appelée le périoste interne du crâne. Qu'un enfant, même naissant, succombe à une congestion, ou à une apoplexie cérébrale, qu'un afflux sanguin prolongé se soit manifesté vers l'encéphale, ou qu'une cause mécanique ait gêné la circulation dans cette partie, la surcharge vasculaire de la dure-mère, en exagérant sa vitalité, détermine une nouvelle sécrétion dans ses vaisseaux. Le phosphate de chaux est alors produit.

Nous possédons les pariétaux d'un enfant à terme qui mourut apoplectique. La tête était volumineuse; quand nous l'ouvrîmes, nous trouvâmes les sinus de la dure-

mère distendus par des caillots de sang abondans. Le cerveau était lui-même comme infiltré de sang dans la profondeur de son parenchyme. Les pariétaux sont remarquables par leur densité et leur poids. On voit à leur face cérébrale et dans la partie correspondante à l'endroit où la turgescence des vaisseaux de la dure-mere était surtout évidente, une concrétion osseuse, stalactiforme, annonçant un travail récent.

La macération d'un des pariétaux dans une solution d'acide hydrochlorique peu étendue d'eau, a bientôt entraîné la chute des concrétions osseuses nouvellement sécrétées, et à peine le pariétal conserve-t-il les traces du point où elles existaient. Chez le sujet qui a donné lieu à cette observation, tous les os crâniens ont excité notre attention par la multiplicité des vaisseaux sanguins qu'ils contenaient.

L'union intime des os du crâne avec la méninge est loin d'être toujours le partage des sujets avancés en âge; ainsi, chez les enfans, il n'est pas rare de rencontrer la coïncidence d'une hypertrophie de la dure-mère avec une affection cérébrale, dont l'hypérémie est le principal caractère. Dans cette circonstance, les os du crâne sont intimement unis à la dure-mère. Naguère, procédant à la nécropsie d'un enfant de trois ans, mort à l'hôpital-général de Montpellier, nous ne pûmes, malgré le soin que nous y apportâmes, isoler la calotte du crâne de la membrane fibreuse sous-jacente. Il nous fallut en faire la section. La dure-mère était d'une épaisseur double de celle qui est naturelle à cet âge, et partout offrant de nombreuses arborisations vasculaires: ses deux surfaces en étaient recouvertes. Entre la face externe de la méninge et l'interne de la voûte crânienne, l'on voyait des

concrétions osseuses multipliées, d'un très-petit volume, et semblant plutôt appartenir à la dure-mère qu'aux os même. Cette suractivité, cette exubérance récente de l'ossification ne se bornait pas aux concrétions que nous venons de signaler ; ainsi le frontal, tout d'une pièce, n'offrait plus aucun vestige de la suture qui unit les deux parties dont il est composé chez l'enfant. L'adhérence de la dure-mère en rapport avec la suture sagittale était indestructible. Pour opérer la séparation, nous avons eu recours à l'ébullition. L'altération du cerveau consistait en un épanchement de sang dans les ventricules cérébraux. Les circonvolutions cérébrales étaient saillantes ; et malgré l'hémorrhagie ventriculaire, peu abondante à la vérité, le sinus longitudinal supérieur et les latéraux étaient remplis d'un sang coagulé, qui, retiré des sinus, représentait assez exactement leur forme et leur dimension.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Physiologie médicale didactique et critique; par M. P. N. Gerdy (1er vol. in-8°, de 544 pag.)

Trois motifs ont porté M. Gerdy à écrire un nouveau traité de physiologie : le premier motif est l'*affligeant* spectacle qui frappe à chaque instant son esprit (préface, pag. viij), c'est-à-dire, les efforts inutiles de plu-

sieurs physiologistes pour *éclaircir* les propriétés et les fonctions du système nerveux, et leur désaccord sur les théories du vomissement, de l'absorption et des sécrétions.

Le second motif, c'est que, depuis la fin du dernier siècle, la physiologie lui paraît employer exclusivement le même moyen de recherches *à la solution* des questions les plus disparates : « Le laboratoire de ses études, s'é-
» crie M. Gerdy, ressemble moins au cabinet d'un homme
» méditatif, qu'à une lice de meurtre et de carnage où
» retentissent sans cesse les plaintes et les cris des bêtes
» expirant au milieu d'affreuses tortures. Sourde à leurs
» douleurs, la physiologie contemple volontiers, *en*
» *riant*, l'horreur de leurs mouvemens et les angoisses de
» leurs souffrances, etc. »

Le troisième motif qui l'invite à écrire, c'est que, enseignant la physiologie depuis plus de douze ans, il en a fait le sujet d'études spéciales, et il croit être parvenu à un assez grand nombre de résultats nouveaux et propres à répandre du jour sur la plupart des fonctions.

De ces trois motifs il en est un qui pourra sans doute plus que justifier l'entreprise de M. Gerdy, du moins nous aimons à le croire, c'est la réalité et l'importance des résultats nouveaux auxquels cet auteur dit être parvenu; surtout s'ils répandent en effet du jour sur les fonctions de l'organisme.

Ce motif suffit, dis-je, mais ce motif est le seul plausible; qu'importe en effet qu'un spectacle affligeant frappe l'esprit de M. Gerdy, s'il ne trouve pas moyen de le faire cesser?

D'un autre côté, s'il ne nous prouve pas qu'on puisse arriver à des résultats positifs par une voie autre que

celle de l'expérimentation, il aura fait en pure perte un tableau sombre et *chargé* d'un laboratoire de physiologie expérimentale; je dis chargé, car après tout, où M. Gerdy a-t-il vu que la physiologie contemple *volontiers en riant l'horreur des mouvemens* et l'angoisse des souffrances des animaux soumis à ses expériences? n'est-ce pas faire du pathétique hors de propos et d'assez mauvais goût?

M. Gerdy tient beaucoup à nous faire entendre que sa physiologie ne sera pas *exclusive* dans les moyens de recherches; cette pensée, qu'il a prise pour épigraphe, revient si souvent dans son livre qu'il n'est pas possible de la laisser passer inaperçue; notre auteur dit qu'il ne *dédaignera* pas la méthode expérimentale, bien qu'elle ne soit pas aussi favorable aux progrès des sciences physiologiques qu'elle l'est à ceux des sciences physiques, mais qu'il aura d'*autres voies* pour arriver à la vérité: tant mieux. Si une seule pouvait y conduire, je lui dirais: Faites-nous prendre la plus courte; mais comme il paraît que la vérité, dernier but de nos recherches, doit être envisagée sous plusieurs faces et vue de différens côtés pour être bien connue, je suivrai volontiers M. Gerdy dans les diverses voies qu'il prétend explorer, si tant est qu'il y en ait en effet plusieurs comme il l'annonce; je prends mes réserves, car l'énonciation même de la promesse de M. Gerdy a pour premier effet de me mettre en défiance: « Lorsque notre physiologie, dit-il (préface, pag. x), » croira ne parvenir à la vérité que par les expériences » sur les animaux vivans, elle y aura recours; mais l'ob» servation *simple* et le raisonnement éclairé par l'ana» tomie y conduisent *souvent* avec la plus grande cer» titude, nous espérons y parvenir *souvent* par une *com» binaison* prudente et sévère de ces différens moyens. »

Ainsi voilà l'expérimentation, qui n'est, à bien considérer, qu'une source de raisonnement, déduite du jeu des organes, voilà, dis-je, cette expérimentation mise en opposition avec l'observation *simple* et avec le raison nement éclairé par l'anatomie!

Si M. Gerdy trouvait que les expériences sur les animaux vivans ne peuvent à elles seules imprimer de grands progrès aux sciences physiologiques, non parce qu'elles constituent une méthode particulière, mais parce qu'elles ne sont *qu'un* des moyens d'investigation d'une grande méthode, tout le monde serait de son avis; s'il nous montrait l'insuffisance trop fréquente de ces expériences, s'il nous disait que des désordres inévitables nuisent presque toujours à leurs résultats, que ce qui est vrai pour les animaux n'est pas vrai pour l'homme, etc., etc., tout le monde serait d'accord avec lui, mais l'expérimentation ainsi comprise ne constituerait plus pour lui une méthode particulière de recherches; elle rentrerait dans l'observation générale, et le raisonnement devrait en tenir compte.

Ainsi, dans l'opposition, dans le parallèle qu'il vient d'établir arbitrairement, je ne puis voir qu'une voie pour arriver à la vérité, qu'une série de moyens analogues, et il n'y a pas de combinaison à faire; car la combinaison est toute faite par la nature des choses.

M. Gerdy a beau se débattre, il a beau ajouter l'épithète de *simple* au mot observation, pour la spécialiser de telle sorte qu'elle soit en dehors de la méthode expérimentale: il faut que son observation s'applique à quelque chose, sans cela elle n'est plus observation. Qu'est-ce en effet que l'observation, si ce n'est cet état de l'esprit qui s'applique à la conception des conditions matérielles

des corps, ou à la conception de leurs phénomènes? et quant au raisonnement, s'il est abstrait, ou il porte sur des matériaux d'observations antérieurement recueillis et conservés dans la mémoire, ou il porte sur des produits de l'imagination : dans le premier cas, il n'a d'autre source que l'expérimentation ; dans le second, il ne consiste qu'en rêveries, et M. Gerdy l'a si bien senti, qu'il veut que le raisonnement soit *éclairé* par l'anatomie.

Entendons-nous : M. Gerdy me paraît confondre ici les termes et les choses. Quand un physiologiste dissèque un animal vivant, M. Gerdy appelle cela avoir recours à l'expérimentation ; il appelle cela entrer dans la voie expérimentale, et je suis de son avis : puis, lorsque ce même physiologiste, fort de ses études anatomiques, éclairé par ces études, observe les phénomènes extérieurs appréciables de la vie, observe *simplement*, M. Gerdy appelle cela user de moyens de recherches tout différens ; et il conclut que, pour n'être pas *exclusif*, il faut *combiner* prudemment et sévèrement ces deux sortes de méthodes.

En y regardant de plus près, en entrant un peu plus dans l'analyse des choses, M. Gerdy aurait vu qu'il n'y a là rien de différent. Quant à moi, je ne vois partout qu'observations, qu'expériences, en un mot que méthode expérimentale : mais laissons cette discussion trop générale, elle pourrait nous mener trop loin. Il est un moyen beaucoup plus simple de convaincre M. Gerdy de l'inexactitude de ses idées ; le voici :

M. Gerdy, avons-nous dit, fait sonner bien haut qu'il a, non plusieurs moyens, mais plusieurs voies, plusieurs procédés à sa disposition pour arriver à la vérité, qu'il a enfin par devers lui une autre méthode que la méthode expérimentale. Je veux bien l'en croire sur parole, je

veux bien admettre tout cela, je n'y mets qu'une condition. Il nous a dit qu'un des motifs qui l'ont porté à écrire, c'est qu'il est parvenu à découvrir un assez grand nombre de résultats nouveaux en physiologie; eh bien! s'il me prouve qu'il est arrivé à un *seul* de ces résultats par un autre méthode que par la méthode expérimentale, c'est-à-dire, par une observation tellement *simple* qu'elle n'aura porté sur aucune expérience, par un raisonnement tellement abstrait qu'il n'aura rien eu de commun avec l'expérimentation : *do manus;* j'avouerai que M. Gerdy a raison, je confesserai qu'il a une physiologie *éclectique* enfin, et je serai tout le premier à engager M. Gerdy à ne négliger aucune de ces voies.

Mais que cet auteur y prenne garde, je vais le suivre dans tous ses travaux. Pour les faits anciens, nous n'en parlerons pas : leur origine pour nous restera en litige; mais, pour les faits introduits par lui dans la science, nous remonterons à leur origine, et nous verrons bien si c'est par la grâce de la méthode expérimentale, ou par la perspicacité de son sens intime que M. Gerdy en a *enrichi* le domaine physiologique.

Avant d'aller plus loin cependant, il me vient une idée; c'est celle si souvent exprimée par Locke : avant toute discussion, définissez les termes, disait ce philosophe; définissons nos termes, dirai-je à M. Gerdy.

L'observation s'applique à plusieurs sortes d'expériences : tantôt l'esprit observe les êtres qui l'environnent, soit relativement à leurs formes, soit relativement à leur structure, etc., etc., c'est la première expérience. Dans quelque repos qu'on suppose les corps soumis à l'observation de l'entendement humain, ils agissent sur lui, même par le seul aspect : c'est donc une épreuve de

la part de l'esprit, c'est donc une expérience; c'est donc par la voie expérimentale qu'il acquiert les notions de forme, de couleur, de structure, etc., etc.

D'autres fois l'esprit observe les propriétés, les actes, les phénomènes de ces mêmes être ; et alors, de deux choses l'une : ou les êtres agissent d'eux-mêmes, et l'esprit ne fait que se mettre en contemplation, ou l'observateur les fait entrer en action, contribue à la production de leurs phénomènes, et il les observe en même temps ; il est évident que dans l'un et l'autre de ces deux cas, il y y a encore expérience. Peu importe la part *agissante* que l'homme prenne dans l'expérimentation ; il use de la méthode expérimentale : ainsi il sera bien entendu, entre M. Gerdy et moi, qu'il ne pourra distraire de la méthode expérimentale aucune des observations précédentes.

Ceci était à expliquer d'abord, parce que M. Gerdy, une fois entré dans le champ de ses découvertes, et devant parler tantôt d'organes et tantôt de phénomènes, aura à nous prouver comment il a pu arriver à la connaissance de ces organes autrement que par l'application de ses sens à ces mêmes organes, et comment il a pu découvrir la nature et l'ordre de certains phénomènes, autrement que par l'observation plus ou moins active de ces mêmes phénomènes.

M. Gerdy nous promet, dans sa préface, un grand nombre de résultats nouveaux ; il tiendra parole, nous aimons à le croire ; mais jusqu'ici, à l'exception de ce qui regarde la locomotion et la voix, nous sommes obligés de nous contenter d'un *programme*. En effet, sur 544 pages que contient son premier volume, le seul qu'il ait publié, nous avons une *préface* de 72, une *introduction*

de 88, et des considérations *préliminaires* de 400 pages ; or si nous voulions arriver de suite à ses *résultats* publiés, nous serions obligés de laisser de côté près des quatre cinquièmes de son livre : renvoyons donc plus loin l'examen de ses résultats, et jetons un coup d'œil sur ses généralités.

La préface, avons-nous dit, est un programme; M. Gerdy y montre en quelque sorte de loin et confusément, tout ce qu'il promet d'exécuter; il y décrit l'ordre suivant lequel il exposera toutes les fonctions de l'organisme, et il se propose de *puiser abondamment* dans *le plan* du cours d'hygiène qu'il a publié en 1827. J'aimerais beaucoup mieux que M. Gerdy donnât moins d'étendue à *ses plans*, qu'il nous détaillât un peu moins longuement toutes ses futures entreprises, et qu'il se mît tout simplement à la besogne, sauf à nous dire après : j'ai fait telle chose, j'ai exécuté tel travail, j'ai mis à fin telle entreprise. Nous ne suivrons donc pas M. Gerdy dans tout ce qu'il *se promet* de faire, ce serait une répétition fastidieuse de tables analytiques, de tableaux synoptiques, de classifications des fonctions, etc., etc., choses bien connues aujourd'hui. A l'œuvre! à l'œuvre! dirons-nous à M. Gerdy; laissons là les *méthodes universelles d'étude*; *l'enseignement général*, *l'observation générale*, etc., etc. Arrivons à l'homme, page 150. Mais ici encore des considérations *préliminaires* : cette fois, je le sais, elles sont relatives à l'homme; mais c'est surtout en fait de considérations générales qu'il faut savoir se borner. Que nous importe que la baleine règne en souveraine dans les mers qu'elle habite (même page); que le lion et le tigre, armés d'ongles tranchans, de dents robustes, etc., etc., *épouvantent la terre*? Mieux

eût valu arriver immédiatement aux résultats récemment découverts.

Il n'y a guère plus d'utilité dans tout ce qui est dit relativement à la multiplication de l'homme, à sa hauteur verticale et à sa forme; et même, pour ce qui regarde les fluides, à quoi bon nous parler de la *pituite*, du *phlegme*, de la bile jaune, et de la bile *noire*?

M. Gerdy parcourt ensuite les divers appareils de l'organisme, qu'il appelle indifféremment appareils ou *administrations*. Ainsi, par exemple, il trouve que l'administration de la voix n'est pas plus simple dans ses *rouages* que l'administration de la musculation : j'aimerais autant qu'il eût dit dans son *personnel*, afin de compléter la métaphore.

Notre auteur passe de là aux tissus de l'économie; et ici encore des généralités et même de l'historique : comme quoi Aristote distinguait les parties *similaires* des *dissimilaires*, les *molles et humides des sèches et solides*, etc.; puis, une nomenclature assez étendue.

Après la composition microscopique et chimique des solides et des fluides, M. Gerdy arrive de nouveau aux fonctions de la *vie* et à leur classification.

« La vie, suivant M. Gerdy (p. 208), est le principe » *ou* l'ensemble des phénomènes *par lesquels* un être » naît d'un être semblable à lui, se développe, s'accroît » par l'introduction en lui-même de matériaux *pris dans* » *la nature*, se reproduit pendant un certain temps et » meurt *pour toujours*. » Mais d'abord est-ce le *principe* ou l'*ensemble*? Si c'est le principe, la vie est définie par une inconnue; si c'est l'ensemble, la définition est inexacte, et d'ailleurs toutes les parties de l'*ensemble* supposent la connaissance préalable de la vie; la nais-

sance, la reproduction et la mort entrent nécessairement dans la notion intime de la vie; et puis, après tout, M. Gerdy aurait dû savoir que, dans l'état actuel des connaissances physiologiques, il est impossible de définir la vie. Depuis Aristote, qui sentait bien que l'accroissement, la nutrition, etc., présupposent une force particulière qu'il appelle âme ou entéléchie (ψυχὴ ἐντελέχεια), jusqu'à M. Gerdy lui-même, on n'a su déterminer en quoi le mode d'existence, nommé vie, diffère de toute autre manière d'être. Indépendamment de cela, l'ensemble des phénomènes résumés par M. Gerdy est vicieux: un être peut ne pas se reproduire pendant un certain temps, et cependant être doué de la vie. Pourquoi dire ensuite que, pour s'accroître, il prend des matériaux *dans la nature?* où voulez-vous qu'il les prenne? Il n'y a pas de lieu hors de la nature; et, s'il s'accroît, s'il introduit *en lui* des matériaux, il ne peut pas les prendre en lui-même. Au reste, ici l'énonciation seule est vicieuse.

Après avoir cherché à définir la vie, M. Gerdy se propose de traiter une série de questions pour donner *une idée de la vie* (p. 209). Ces questions sont les suivantes: « Faire connaître les phénomènes, le principe dont ils » sont les effets, et *que tous les peuples du monde* ont » déduit de ces phénomènes (ceci ne s'entend pas bien: est-ce le principe que tous les peuples du monde ont déduit? dans ce cas ils auraient raisonné à rebours, car ordinairement c'est d'un principe qu'on déduit; et, quand on ne connaît que des phénomènes, on leur *suppose* seulement un principe. Mais passons plus loin): exposer » enfin les différentes facultés dont il est le résultat com» plexe. » Ainsi voilà le principe qui est un résultat complexe! Evidemment M. Gerdy s'est perdu dans son rai-

sonnement, et ce qu'il a voulu dire valait beaucoup mieux que ce qu'il a dit.

Quoi qu'il en soit, notre auteur ajoute (même page) que, parmi les phénomènes de la vie, ceux de la santé ont toujours un but *utile*, tandis que ceux de la maladie sont *inutiles*. Ceci mérite réfutation.

Je veux bien lui accorder que les phénomènes de la santé ont *toujours* un but utile, même les phénomènes de dépérissement non morbide, de *décroissement* sénile, ne fût-ce que pour faire place à d'autres; mais M. Gerdy me semblerait bien peu médecin s'il persistait à soutenir que les phénomènes des éruptions fébriles, par exemple, sont inutiles, que les phénomènes de consolidation, de cicatrisation, que les phénomènes critiques, etc., etc., car il y aurait trop à dire, sont inutiles et dangereux...

M. Gerdy établit ensuite la *hiérarchie* des fonctions : il tient à sa métaphore, et comme il a dit à la page 209 qu'une fonction en physiologie est comme une fonction en *politique* et en *administration;* ici les sens sont des *sentinelles vigilantes*, l'entendement *gouverne*, la locomotion défend et sauve par sa vitesse, les organes digestifs et respiratoires composent une *double administration* (pag. 225); les vaisseaux lymphatiques et les veines sont les messagers (même page), la nutrition est l'*architecte* du corps, etc., etc. En voilà assez : dans un ouvrage bien écrit, on ne prolonge jamais un semblable rapprochement.

Avec les propriétés mécaniques, physiques et chimiques, nous retombons dans les généralités historiques, et nous suivons toutes les sectes, à partir de Pythagore, Timée de Locres, Chrysippe, Ovide, Virgile, et même Zoroastre! Combien de temps ne restons-nous pas avec les Iatromathématiciens, et avec les Chémiâtres! Enfin

nous arrivons à MM. Broussais et Adelon, qui *donnent* à l'école de Paris l'éclat dont elle brille *aujourd'hui* ! !

Il y a peu de choses sur les âges et les tempéramens. Mais bientôt nous retrouvons des considérations *générales* très-étendues sur le genre humain (pag. 284), et la chose est reprise *ab ovo*, c'est-à-dire, des *migrations* et des *mélanges des peuples :* comme quoi le royaume d'Athènes fut fondé par *Cécrops*, celui de Thèbes par *Cadmus*, etc., etc., toutes choses fort instructives pour l'art de guérir. En vérité, je ne puis aller plus loin sans dire à M. Gerdy qu'il n'aurait pas dû attendre ma critique pour savoir que rien n'est moins estimé et moins digne de l'être que ces histoires compilées et ramassées çà et là; qu'il importe fort peu aux étudians, à qui il destine son livre, que les Ostrogots, qui passèrent en Italie en 473, aient été *rassasiés* par les présens de Glycerius, que Théodoric ait défait Odoacre, que les Huns aient eu la tête grosse, le nez épaté et les *yeux de travers*, etc., etc. (page 310).

Ce n'est qu'à la 351[me] page que nous sommes débarrassés des peuplades, des hordes et des diverses agglomérations d'hommes, et nous arrivons à un chapitre assez imprévu, c'est-à-dire aux *différences des phénomènes de la vie dans les maladies.*

M. Gerdy trouve que dans *toute* maladie (page 351) les phénomènes sont *augmentés, diminués* ou *pervertis.* Il définit ainsi la perversion : c'est une modification sans augmentation ni diminution, de sorte que rien n'est plus général; c'est tout ce que vous voudrez, sauf trois choses, l'augmentation, la diminution et l'état normal. Ah! j'oubliais encore une chose, l'*abolition*, ce qui fait quatre.

Ce n'est pas tout, il faut une ligne de démarcation entre la santé et la maladie.

M. Gerdy trouve cette ligne de démarcation dans l'existence de la *gêne* et du *danger*. « Aussi, dit-il (pag. 351) : » toute modification des phénomènes de la vie, toute » modification matérielle qui n'est pas accompagnée de » gêne et de danger *n'est point une maladie !* » Qui ne sent tout l'arbitraire d'une semblable limite entre l'état de santé et celui de la maladie ?

Ainsi, pourvu qu'il n'y ait pas de gêne, c'est-à-dire sensation de malaise perçue par l'individu, pourvu qu'il n'y ait pas de danger, c'est-à-dire appréciation de la gravité de la lésion, appréciation dont rien ne peut garantir la certitude, et faite je ne sais par qui, il n'y a pas de maladie ! En vérité nous en sommes encore à recommencer la médecine. Singulière idée d'aller chercher les caractères des maladies en dehors de l'organisation ! d'aller les chercher dans un sentiment de gêne, sentiment qui n'a rien de fixe, rien de déterminé, qui peut ne pas exister dans les désordres les plus graves, et qui peut se faire vivement sentir dans de simples variations de la santé ; d'aller les chercher dans l'existence d'un danger, comme si ce danger était quelque chose qui existe par soi-même, comme s'il était autre chose qu'un jugement porté avec plus ou moins d'exactitude sur l'issue probable, éventuelle, de telle ou telle affection ! !

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que M. Gerdy, pour faire une application de sa théorie, choisit précisément ce qu'il y a de plus difficile à déterminer en médecine, et en même temps ce qui pouvait le moins se prêter à son application, c'est-à-dire, la limite entre l'exercice régulier des facultés mentales et leur dérangement. Qui ne sait que rien n'est moins appréciable que cette limite, et que depuis les Abdéritains jusqu'à nos jours, tel homme

a pu être regardé comme fou qui n'était que supérieur à son siècle? C'est le plus grand nombre qui fait la loi sous ce rapport, dit Fontenelle; c'est la majorité qui traite la minorité d'imbécile, parce que cette minorité pense *autrement* qu'elle.

M. Gerdy n'a pas eu la main heureuse; car, dans les cas de folie, il n'y a pas ordinairement sensation de gêne. Eh bien! comment va-t-il faire? le voici : Un homme, dit-il (même page), peut avoir des idées *extravagantes*, bizarres; il peut être crédule, absurde, *visionnaire*, etc.; il n'est pas fou pour cela, c'est un homme sain d'esprit; il ne sera fou, poursuit M. Gerdy, que *lorsque* l'anomalie de son intelligence *ira jusqu'à* lui fermer les yeux sur des dangers que tout le monde peut prévoir! de sorte qu'à l'exception de certains maniaques qui marchent droit vers une rivière sans se détourner, les autres ne sont pas fous. Et M. Gerdy prétend que c'est là l'idée *qu'on* attache *généralement* au mot maladie!

Quoi qu'il en soit de ces définitions, M. Gerdy nous donne ensuite une classification des maladies, et il nous apprend, dans une note (pag. 353), que toutes ces pages ont été extraites de sa thèse inaugurale *presque sans y rien changer*. Il ajoute que ce qu'il disait alors pouvait paraître un *paradoxe*; mais qu'aujourd'hui ses idées appuyées de l'autorité de M. Andral seront accueillies plus favorablement; pour le prouver, il transcrit ce que *professe* M. Andral, savoir : « Que l'inflammation ne » peut plus être considerée que comme l'expression d'un » phénomène complexe qui comprend plusieurs autres » phénomènes dont la dépendance n'est ni nécessaire ni » constante. » (Anat. pathol., t. I, p. 9). A cela nous répondrons qu'avec des définitions semblables, on sera

encore quelque temps avant de pouvoir s'entendre. Lorsque M. Andral se décidera à donner des définitions logiques, c'est-à-dire intelligibles, nous lui dirons qu'en fait d'individualités morbides, il faut 1° établir le mode d'existence du phénomène complexe ou non, ce que les logiciens appellent *genre prochain;* 2° en quoi ce phénomène diffère de tout autre, c'est-à-dire la *différence spécifique*. Hors cette manière de raisonner, je le répète, il n'y a pas moyen de s'entendre. Mais ceci est une digression.

M. Gerdy partage les maladies en cinq grandes classes :

1° Lésions vitales circonscrites sans phlegmasie;

2° Maladies vitales qui peuvent se multiplier, se compliquer, etc.

3° Lésions vitales par diminution ou par suspension de phénomènes vitaux;

4° Lésions matérielles;

5° Lésions vitales générales, essentielles ou constitutionnelles.

Il y aurait trop à dire sur cette division, et nos réflexions seraient aussi mal placées ici que les discussions pathologiques de M. Gerdy dans son traité de physiologie. Passons outre.

Qui croirait qu'après avoir traversé tant de généralités, tant de considérations préliminaires, qu'après avoir abordé des parties plus spéciales, des questions sur l'homme en particulier, et même sur les divers tissus de son économie, nous allons avoir à reprendre *les êtres inorganisés et les êtres organisés?* (pag. 377). Que nos lecteurs ne s'effraient pas cependant; M. Gerdy en pensera ce qu'il voudra, mais nous ne les ferons pas repasser par les trois règnes; nous laisserons de côté jusqu'aux

animaux les plus voisins de notre espèce, et nous passerons brusquement avec M. Gerdy des travaux de Lacépède à l'histoire de la *musculation*. Là seulement commence ce que j'appellerai le travail, la propriété de M. Gerdy; ici cessent enfin ses compilations, compilations en général mal digérées et mal ordonnées.

Après avoir jeté un coup d'œil sur les travaux de M. Gerdy, c'est-à-dire, sur tout ce qui est relatif à la *musculation* et à la *voix* (je me sers de ses expressions), j'éprouve une difficulté que j'aurais dû prévoir, c'est celle de mettre à exécution mon premier projet, c'est-à-dire, d'examiner à l'aide de quelle méthode, et par quelle voie spéciale, M. Gerdy a fait ses découvertes physiologiques, soit en ce qui concerne la musculation, soit en ce qui concerne la voix et la parole.

Si M. Gerdy me disait, au fur et à mesure, après avoir émis telle proposition, tel jugement, tel fait, etc., ceci est à moi, ceci m'appartient, voilà ce que mon esprit a découvert, j'examinerais aussitôt comment il a pu arriver à cette découverte, si c'est ou non par la méthode expérimentale; mais il n'en est pas ainsi, de sorte que je me vois obligé, ou de chercher çà et là ses principales conclusions, ou d'examiner les points qui me paraîtront les plus neufs.

MUSCULATION. — M. Gerdy décrit d'abord l'état de repos, puis celui d'activité : pour ce qui est des mouvemens, il examine leur *vitesse*, leur *précision* et leur *force*. Je regrette qu'arrivé à ce dernier point l'auteur s'arrête pour nous dire que Auguste II, roi de Pologne, rompait avec ses mains un fer à cheval, et tordait une pièce d'argent. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à trouver ces histoires dans un traité de physiologie *critique*.

Il y a deux choses principales à considérer dans tout ce que dit M. Gerdy relativement à la musculation : 1° les phénomènes mécaniques des parties ligamenteuses des muscles, des os, etc. M. Gerdy, je suis tout le premier à le reconnaître, est entré dans une analyse fort minutieuse des mouvemens généraux et partiels ; il a bien décrit les mouvemens de *pivotement*, de *bascule*, de *glissement*, *curviligne* et *rectiligne*, etc., etc., car il est doué d'une vigoureuse patience, et il aime le travail. Mais il n'espère pas sans doute nous prouver qu'il a su tout cela autrement que par l'inspection des choses ; il dit lui-même qu'il a examiné les mouvemens généraux et partiels dans telle circonstance ; il invoque à chaque instant l'expérience (pag. 408 et passim) ; il indique ce qu'on voit à travers la peau même, et il parle d'enlever les tégumens afin de *contempler dans leur nudité* (loco citat.) les actions de la vie, et d'assister en quelque sorte, ce sont ses expressions, au jeu des phénomènes, etc., etc.

C'est donc uniquement à la méthode expérimentale qu'il est redevable de tout cela.

Maintenant il y a une seconde chose à considérer, je veux parler des *causes*, des *conditions* et de la *force* de la contraction. Remarquons d'abord que sur quatre-vingts pages M. Gerdy n'en a consacré que cinq ou six à ces questions, tandis que tout le reste est pour les phénomènes mécaniques. On voit déjà que bien lui a pris de ne pas être exclusif et de ne pas avoir *dédaigné* la voie de l'expérience. Mais revenons à nos trois questions, et d'abord parlons des *conditions* de la contraction. M. Gerdy rappelle, comme on l'avait fait avant lui, que la contraction exige pour son accomplissement cer-



taines conditions, telles que l'intégrité des nerfs et des vaisseaux, la persistance de l'action nerveuse et de la circulation; cette vérité, qui est d'ailleurs fort simple, ne lui appartient pas, et personne ne s'aviserait de dire qu'on a su cela autrement que par l'expérience. Restent donc la *cause* et la *force* de la contraction. M. Gerdy, après avoir énuméré les conditions de la contraction, nous parle de son *étendue;* il nous dit, ce que chacun sait, que la force de l'homme et des animaux dépend de la force de contraction des muscles (pag. 411); il traite ensuite de sa *durée*, puis du raccourcissement en zigzag, puis du *durcissement*, et enfin de la *diminution* du volume des muscles; jusque-là pas un mot sur la cause en elle-même: voilà, dit-il, tout ce qu'il y a de *manifeste*, c'est-à-dire toutes les notions acquises expérimentalement. Enfin, il aborde la nature intime, et comme sa physiologie n'est pas exclusive, comme il a plus d'une voie pour arriver à la vérité, j'étais fondé à espérer qu'il nous dirait quelque chose sur la nature d'un phénomène devant lequel l'expérimentation s'avoue impuissante, devant lequel elle se tait; c'était là ou jamais le cas de *dédaigner* la voie expérimentale et d'en appeler à une autre voie, quand on se vante d'en avoir une autre; eh bien! pas du tout, M. Gerdy, qui a trop de bon sens pour recourir à des absurdités, avoue tout simplement (p. 414), et comme les expérimentateurs, que la nature intime de la contraction est une *chimère* que l'*insatiable curiosité* poursuit dans les *ténèbres*, et qu'il n'a pas le *fol espoir* de la découvrir. N'est-ce pas nous dire que toute autre voie que celle de l'expérience est pleine de ténèbres, et que s'engager dans ces routes, c'est être poussé par un fol espoir?

Enfin il finit, comme tous les physiologistes, par nous payer avec des mots, c'est-à-dire, par nous affirmer que la contraction musculaire est une *action vitale* (p. 414).

Voix et parole. — Avant de parler des organes qui concourent à la production de la voix et de la parole, M. Gerdy *emprunte* aux physiciens une foule de considérations fort curieuses sur le *bruit* et sur le *son*. Il examine successivement le *timbre*, l'*intensité* et le *ton*; il donne ensuite une idée des vibrations; il prouve qu'elles sont en raison inverse du carré de la longueur des verges élastiques, etc., etc. Il parcourt les notes, il passe des instrumens à vent aux instrumens à corde, etc., etc. Mais tout cela, je le répète, est emprunté aux physiciens, et comme les physiciens n'ont pas la prétention de suivre d'autre route que celle de l'expérimentation, il en résulte que toutes ces notions sont dués à la méthode expérimentale.

Pour ce qui est des *phénomènes élémentaires* de la voix, M. Gerdy fait observer que ces phénomènes sont plus compliqués qu'on ne le croirait en lisant les autres auteurs, et il emploie beaucoup de temps à prouver que son analyse n'a rien d'hypothétique. De tous les faits par lui rapportés, il conclut que la voix est produite par les vibrations que le frôlement de l'air sur les lèvres inférieures de la glotte détermine dans les organes, et par les vibrations que ces organes lui communiquent à leur tour.

Quant à la prononciation, M. Gerdy en donne une définition assez claire et assez précise, mais malheureusement il n'a pas voulu en rester là : après avoir dit comment le pharynx, la bouche et les fosses nasales modifient la voix produite par le larynx, après avoir ajouté que la

parole se composé de deux ordres de sons, c'est-à-dire, de voyelles et de consonnes, ne se met-il pas à nous expliquer, et cela, dit-il, pour suivre *sa doctrine* (p. 517), le mécanisme de la prononciation des voyelles et des consonnes! Comme cette doctrine est toute neuve et très-importante, M. Gerdy vous prescrit d'abord d'oublier la doctrine des grammaires (même page), parce que les grammaires, suivant lui, sont très-imparfaites sur les questions relatives aux voyelles et aux consonnes.

C'est à regret que dans l'analyse d'un livre aussi sérieux, dans l'analyse d'une question de physiologie, je me trouve forcé de dire que, s'il faut oublier la doctrine des grammaires pour concevoir celle de M. Gerdy, il est impossible d'oublier la doctrine du maître de philosophie de M. Jourdain : je le répète, je n'ai lâché ces derniers mots qu'à regret. Mais, lorsque M. Gerdy nous *enseigne* (pag. 520) que, dans la prononciation de l'A, *la bouche est librement ouverte*, comment ne pas se rappeler ce que le maître de philosophie dit à M. Jourdain, c'est-à-dire que la voix A *se forme en ouvrant fort la bouche?* Quand M. Gerdy nous enseigne (pag. 524) que dans O *les lèvres se froncent en rond*, comment ne pas se rappeler cette plaisante remarque du maître de philosophie, que *l'ouverture de la bouche fait justement comme un petit rond?* (Bourg. gentilh., acte II, scèn. VI). J'en suis fâché, encore un coup; mais que cela soit de la doctrine ou non, c'est de la niaiserie; et lorsqu'on rapporte sérieusement de semblables choses on prouve que dans sa jeunesse on n'a tiré aucun profit de la lecture de Molière; cela est tellement vrai que, pour ne pas donner prise moi-même à quelque mauvais rapprochement, je me garderai bien de chercher si c'est par la voie expérimen-

tale que M. Gerdy, ou plutôt que le maître de philosophie a découvert ce point de doctrine; je laisserai cela en litige, à moins que M. Gerdy ne revendique cela comme un de ses propres résultats physiologiques.

Dirai-je maintenant qu'après nous avoir appris nos voyelles et nos consonnes, M. Gerdy nous apprend à épeler dans la section de son livre qui a pour titre : *De l'Articulation ou de la Conjugaison des sons* (p. 529)? L'articulation, dit-il, consiste dans la prononciation successive des syllabes : ainsi, ajoute-t-il (même page), dans *abandonner*, il y a quatre syllabes, *a-ban-don-ner*, tandis qu'il y en a cinq dans *con-tem-pla-ti-on!*

N'est-ce pas à bon droit que M. Gerdy a donné à son livre le titre de physiologie *didactique?*

Le dernier chapitre est relatif à l'*histoire comparée* de la voix; on y voit que l'homme vient au monde en criant (pag. 534). L'enfant a la puissance de crier, dit l'auteur, pendant un temps infini : aussi en use-t-il jusqu'à l'importunité. *Bouchez-vous les oreilles, si vous le voulez*, s'écrie M. Gerdy (même page), *mais admirez cette admirable harmonie!* Le mouvement oratoire a entraîné sans doute M. Gerdy; il a oublié qu'il est assez difficile d'admirer, même une *admirable* harmonie, quand on a les oreilles bouchées.

Nous descendons ensuite aux animaux, et nous apprenons que le chien *jappe*, que le loup fait entendre des *hous-hous* prolongés (pag. 536), que le chat *miaule*, que le cochon *grogne*, que l'âne couvre de ses *i-an* répétés le bruit du moulin (même page), etc., etc.

Ici se termine notre analyse du livre de M. Gerdy. Il y a du travail dans ce livre et beaucoup de travail; il a dû coûter à l'auteur; il sent fortement l'huile, comme di-

saient les anciens; mais il n'est dominé par aucune de ces grandes pensées systématiques, qui coordonnent et fécondent les faits recueillis par l'observation. Il est difficile de deviner l'ordre que s'est imposé l'auteur, tant les matières sont bizarrement réunies! Du reste, rien de nouveau sous le rapport des idées générales, sous le rapport des hautes questions; et, si parfois l'auteur est en droit de s'attribuer la découverte de quelques résultats, ces résultats ne roulent que sur des minuties, que sur d'arides et mesquines observations de détails: tantôt il est arrivé à quelque chose de mal déterminé dans les mouvemens partiels des membres, tantôt à quelque chose d'oublié dans la *marche* et dans le *saut*. *Oublié*, c'est là le mot; M. Gerdy me paraît constamment analyser tel point, telle question, uniquement pour avoir le bonheur de découvrir quelque chose d'oublié ou même de négligé, de dédaigné; et puis après il s'écrie: voilà ce que les autres auteurs n'ont pas vu, n'ont pas su découvrir! M. Gerdy dit avoir trouvé, par exemple, que le tronc est le *théâtre* de huit mouvemens dans la marche: je le veux bien, j'admets que les autres auteurs n'avaient pas bien démêlé cela; mais les sciences physiologiques en sont-elles plus avancées pour cela? Y a-t-il lieu pour cela à refondre tous les autres traités de physiologie? En résumé, je le répète, il y a de bons détails dans ce livre, il y a quelquefois du *fini*; mais, pour du grand, il n'y en a pas; lorsque l'auteur veut généraliser les idées il me paraît tomber à plat, et je ne crains pas d'aller trop loin en disant que sous ce rapport son jugement l'a constamment fourvoyé.

Suivant moi, s'il veut être utile, et il en a les moyens, je me plais à le reconnaître, il doit se borner à publier

de temps à autre des mémoires particuliers, propres à développer telle ou telle question encore obscure; mais pour ce qui est des grandes conceptions physiologiques, il n'est pas assez fortement trempé pour se heurter contre elles. DUBOIS d'Amiens.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Excursion de la médecine sangsuante *dans les régions équatoriales.* — *Aménités* physiologiques. — *Traitement du rhumatisme par les préparations de morphine.* — *Traitement de l'hydropisie ascite par le lait.* — *Observations pratiques sur le choléra.*

Annales de la Médecine Physiologique; par M. Broussais (juillet 1831).

I. *Constitution médicale* ou *maladies régnantes*. Une fois embarqués pour l'île de Corse (1), à quoi tient-il, si la mer et les vents nous sont propices, que nous n'allions aussi visiter les régions équatoriales, et interroger l'expérience des médecins *sangsuans* de la Havanne, de Rio-Janeiro, et de Calcutta! C'est là, dit M. Broussais dans l'article que nous avons sous les yeux, « c'est là que l'on ne stimule pas impuné» ment les malheureux qui sont en proie à de violentes phleg» masies; que les premiers jours et souvent les premières heures » sont d'un prix infini dans le traitement des mêmes maladies

(1) *Voyez* le précédent cahier de la *Revue médicale*, page 271 de ce volume.

» où quelquefois nous hésitons ici sans grand danger, et que » la stimulation, quand elle n'est pas mortelle dans les affections » aiguës, est fréquemment la source d'une foule d'infirmités » qui empoisonnent toute l'existence des malades qu'on donne » pour guéris. C'est là que l'on distingue sans efforts combien » il est facile d'exaspérer une irritation chronique par le régime, » et de l'amener à l'état aigu; c'est là que la liaison des né» vroses avec les phlegmasies chroniques est aussi patente que » celle des chroniques avec les aiguës. Qu'un médecin s'avise de » vouloir négliger ces faits importans, pendant que son con» frère en tient compte dans sa pratique, les inconvéniens en » sont si prompts et si graves qu'à l'instant même les personnes » les plus étrangères à la médecine les aperçoivent, et obligent » les délinquans, malgré qu'ils en aient, à rester dans la bonne » route.

» Ces faits, qui sont aujourd'hui de notoriété publique pour » les personnes qui fréquentent les pays que nous signalons, » expliquent pourquoi la médecine physiologique trouve tou» jours quelques obstacles parmi nous....

» Le sophisme pourra peut-être tenir fermés quelque temps » encore les yeux des étudians et des jeunes médecins, sur l'im» portance, sur la nécessité de prendre l'irritation pour guide » dans l'étiologie, le diagnostic et la pratique des maladies; » mais le sophisme ne jouira de ce triomphe qu'en France, et » dans les latitudes tempérées ou tout-à-fait nord; car aussitôt » que les pays chauds auront goûté de la méthode physiologi» que, toute doctrine qui n'en sera pas une émanation sera » pour eux insipide et même dégoûtante. Il faut, dans nos pays, » de l'attention, de la perspicacité d'analyse, et de la bonne » foi pour distinguer les avantages de l'observation soutenue » des modificateurs sur nos organes sains ou malades; mais » il en faut bien moins dans les pays chauds. Le simple bon sens » suffit....., etc. »

On voit qu'au risque de paraître un peu prolixes, nous citons toujours longuement et minutieusement le texte de M. Brous-

sais, lorsque nous avons à le réfuter. Ce n'est pas que nous nous flattions d'amener jamais notre adversaire à en user de même envers nous, ni que nous prétendions l'empêcher de dire et de répéter sans cesse, à défaut de meilleures raisons, que nous dénaturons ses pensées, et que nous lui prêtons d'autres opinions que les siennes : non certes, nous n'avons pas cette prétention. Mais nous espérons, avec une juste confiance, que le public impartial et surtout la jeunesse médicale, si longtemps abusée, verront enfin de quel côté sont la loyauté, la bonne foi, le pur et sincère amour de la science.

Dans le passage que nous venons de citer, la première chose qu'on démêle à travers l'ambiguïté des paroles, et l'entortillage des pensées, c'est que la doctrine *physiologique*, qui s'arroge le titre de *Médecine Française*, et que nous désignons plus exactement par le nom de *Médecine Sangsuante*, a quelque peine à prendre racine dans cette terre de France, et que le climat de sa patrie ne lui est pas bon. M. Broussais, à qui cet aveu vient d'échapper pour la première fois, aurait pu se retrancher derrière le vieil adage populaire : *Nul n'est prophète dans son pays*, quoiqu'à vrai dire, il n'ait pas trop à se plaindre de sa fortune sous ce rapport ; mais non, il avait besoin d'expliquer un fait importun, désobligeant ; et les explications atténuantes ne lui ont pas manqué. Il reconnaît qu'*en France, et dans les latitudes tempérées ou tout-à-fait nord*, le triomphe du *sophisme* sur sa doctrine *pourra peut-être* durer *quelque temps encore*. Mais il en appelle *aux pays chauds* et *aux latitudes équatoriales*, se fondant sur ce que la chaleur atmosphérique doit augmenter l'irritabilité, et rendre les stimulations plus dangereuses : d'où il suit évidemment que la saignée, la diète, l'eau de gomme, et en général la médication antiphologistique ou débilitante doivent mieux réussir dans les pays chauds que dans les climats froids ou tempérés.

Voilà donc ce que dit M. Broussais, si nous l'avons bien compris. Eh bien ! nous disons, nous, positivement le contraire : ou plutôt ce n'est pas nous, individu, qui sommes en contradiction

avec M. Broussais, c'est l'observation, c'est l'expérience universelle, c'est la nature elle-même qui lui donne ce démenti. Qui ne sait, en effet, que les habitans des climats froids ou tempérés sont plus forts, plus robustes, plus musculeux, et surtout plus sanguins que les habitans des pays chauds; que les inflammations sont chez eux plus communes et plus intenses; que leurs maladies, en général, se font remarquer par une réaction plus énergique du cœur et du système artériel, et qu'en conséquence la médication antiphlogistique ou débilitante leur est bien plus salutaire : tandis qu'au contraire l'habitant des régions équatoriales, pâle, faible, exsangue, et cependant très-irritable, ne réagit pour ainsi dire qu'avec ses nerfs, et supporte mal les émissions sanguines? Tous les témoignages, toutes les autorités sont unanimes sur ce point (*Voyez* Lind, Meare, Kruger, Frédér. Hoffmann, etc.). Ne suffit-il pas, d'ailleurs, de comparer les maladies des saisons pour reconnaître cette influence des climats sur la *diathèse* ou le tempérament des maladies? Quel médecin ignore qu'on saigne beaucoup au printemps et en hiver, parce que c'est la saison des fièvres inflammatoires, de ces fièvres qui sont caractérisées par la réaction prédominante du cœur et du système artériel; et qu'au contraire on saigne peu dans les jours caniculaires, lorsqu'apparaissent les choléra-morbus, et toutes les variétés de ces fièvres qu'on appelle bilieuses et nerveuses, parce que leurs symptômes prédominans se rapportent à la réaction des centres nerveux et des voies biliaires? Ce sont là des vérités si patentes et si banales qu'on ne voit pas trop comment la doctrine *physiologique* en déclinerait les conséquences, à moins qu'elle ne dise avec le docteur Sganarelle : *Nous avons changé tout cela!*

Qu'on ne cherche donc plus à nous persuader que le climat de la France est moins favorable à la médecine *sangsuante* que celui de la Havanne ou de Calcutta : la proposition diamétralement contraire serait bien plus soutenable.

Mais il y a, suivant notre auteur, une autre raison des obstacles que rencontre, parmi nous, la *méthode physiologique*; c'est qu'elle n'avait pas encore été *officiellement enseignée dans*

nos écoles. Soit. Il fallait à M. Broussais, de toute nécessité, une chaire à la Faculté de médecine pour la propagation de sa doctrine. Cette chaire a été créée par une ordonnance du roi; il y est *officiellement* installé, et son enseignement est en pleine activité depuis deux mois : nous verrons s'il réalisera toutes ses espérances. Sans vouloir rien préjuger à cet égard, nous remarquerons en passant que l'attache *officielle* n'est pas, dans ce pays et par le temps qui court, une garantie bien puissante du succès d'un enseignement; et peut-être M. Broussais commence-t-il déjà à s'en apercevoir.

Enfin la malveillance et la jalousie ont conspiré et conspirent encore contre les progrès de l'École *physiologique*. M. Broussais en est bien convaincu. « Nous ne voulons pas, dit-il, insinuer » que la probité manque à tous nos adversaires... Nous respec- » tons la *moralité* de tous ces confrères; mais nous disons, sans » hésiter, que, *parmi ceux qui ont pris la peine de suivre le* » *développement de notre doctrine, il n'y a que les faux esprits,* » *les fourbes et certains peureux, qui s'affichent encore pour* » *ses ennemis.* »

On peut juger, par ces paroles, du *respect* de M. Broussais pou *la moralité de tous* ses *confrères*. Pour nous, qui devons prendre notre part de ces aménités *physiologiques* (comme bien et duement convaincus d'avoir *suivi le développement* de la susdite doctrine), nous ne savons plus dans quelle catégorie nous réfugier : car, les deux premières nous répugnent; et, en bonne conscience, nous ne croyons pas avoir mérité d'être admis dans la troisième, qui est celle des *peureux*.

C'est sans doute pour motiver aux yeux de ses lecteurs cette boutade fort peu civile, que M. Broussais s'est avisé de nous prêter un langage tellement opposé à nos mœurs et à nos principes, que nous avons quelque peine à le comprendre. Il prétend, le croira-t-on? que nous lui refusons *jusqu'au bon sens*, et que nous affectons de représenter les écrivains des *Annales* comme de *grosses bêtes!!*.... En vérité nous regrettons que ces étranges paroles soient échappées à M. Broussais : nous n'aurions jamais osé nous les permettre.

Le malheur est que cette mauvaise humeur coupe court à toute discussion médicale, ou philosophique, et que nos efforts pour engager une polémique, devenue si nécessaire, restent toujours infructueux. Ainsi, nous voyons bien que M. Broussais a été choqué de quelques-unes des critiques de la *Revue Médicale* du mois de juillet dernier; mais nous ne voyons pas qu'il entreprenne de les réfuter. Car nous ne saurions donner le nom de réfutation à un mélange bizarre de lamentations, de quolibets et d'invectives, sans indication d'aucun texte auquel on puisse les appliquer, sans désignation d'aucune pensée, ou d'aucune proposition tant soit peu reconnaissable. Où M. Broussais a-t-il vu, par exemple, que nous voulons *fixer l'attention des praticiens sur ce qu'il y a d'occulte ou d'inaccessible aux sens dans les maladies; que nous créons des maladies avec des groupes ou collections de symptômes; que nous entreprenons de faire correspondre ces groupes tantôt au* quid divinum *d'un pays, tantôt à celui d'une saison, tantôt à celui d'une circonstance; que* nous promettons *des spécifiques pour chacun de nos* quid divinum ou divinum quid.... et autres absurdités pareilles?

Comment se fait-il que M. Broussais, qui se montre si disert et en même temps si positif, si concluant et si logique, lorsqu'il s'attaque aux *anatomo-pathologistes* et aux *éclectiques*, ne daigne pas aborder franchement la discussion avec notre hippocratisme? Voudrait-il faire avec nous comme ces mauvais joueurs, qui ne savent que tricher ou brouiller les cartes, et qui s'emportent quelquefois jusqu'à renverser les tables? Non, non, un pareil rôle serait trop au dessous de M. Broussais, et de la grande renommée qu'il s'est acquise. Nous attendons mieux de lui.

(* C.)

Archives générales de médecine. (Novembre 1831.)

I. *Recherches sur l'emploi des préparations de morphine dans le traitement du rhumatisme synovial ou goutteux;* par MM. Trousseau, agrégé de la Faculté, médecin du bureau central, et Bonnet, interne à l'Hôtel-Dieu. (1re partie). — C'est dans les salles de M. Récamier que ces expériences ont été faites. Un assez grand nombre de malades ont été traités par l'hydro-chlorate et le sulfate de morphine (employés de préférence à l'acétate, parce qu'ils sont plus vite et plus complètement absorbés), appliqués à l'extérieur à la dose de 1, 3, 4, 6 grains, sur des surfaces dénudées au moyen de l'application (pendant 10 à 15 minutes) de la pommade ammoniacale (1), et, souvent, employés en même temps à l'intérieur, sous forme pilulaire. — Plusieurs vésicatoires étaient mis à la fois, dans les cas où plusieurs articulations étaient prises en même temps, et dans tous les cas on poursuivait le mal partout où il se montrait, si bien qu'il y a des malades chez lesquels on a appliqué, en très-peu de jours, jusqu'à 60 petits vésicatoires. — M. Trousseau a une grande confiance dans cette méthode de traitement

---

(1) ℞ Ammoniaque concentrée 1
Axonge 1
Suif. 1/2

On commence par faire fondre le suif, puis on ajoute l'axonge; et lorsque le tout est fondu, on laisse refroidir, jusqu'à consistance demi-liquide. Le mélange est alors versé dans un flacon bouché à l'émeri; l'on ajoute l'ammoniaque, on bouche et l'on agite jusqu'à ce quel e mélange soit bien fait. Il ne conserve son activité que pendant quelques jours. — Pour s'en servir, on en prend, à l'aide d'une spatule, de quoi couvrir la peau (aux environs de l'articulation malade ou sur cette articulation) dans une étendue égale à celle d'une pièce de 20 sous environ.

empruntée, comme on le voit, à l'*endermie*, et il croit que dans les cas où le rhumatisme débute par des articulations superficielles, et peut être attaqué dès le jour de son apparition, on a lieu d'espérer une guérison très-prompte et exempte de récidives.

II. *De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite;* par S. A. Chrestien, docteur en médecine de l'université de Montpellier, etc. — Ce titre indique suffisamment le sujet de ce mémoire qui se compose d'observations assez probantes, parmi lesquelles nous extrairons la suivante, à cause de sa brièveté: « Lettre de M. Delalo, docteur en médecine, habitant de Mauriac, département du Cantal, à M. Chrestien:

« Monsieur, il y a déja trois ans que M. le docteur Montjoly eut la bonté de vous consulter pour moi; j'étais alors atteint d'une hydropisie ascite, suite d'une phlegmasie chronique de la membrane séreuse de l'abdomen. Les remèdes employés depuis 3 mois n'avaient pas empêché des progrès effrayans. Il fallut en venir à la ponction, et l'on me tira 36 livres de sérosité. Ce même jour M. de Montjoly me remit votre ordonnance par laquelle vous me prescriviez de débuter par la paracenthèse. Ennuyé depuis long-temps du sirop de nerprun et de différentes préparations scillitiques, je me mis dès ce jour même au lait de vache cru et froid, que vous me conseilliez pour tout aliment et pour tout remède.

» Dans huit jours je me trouvai beaucoup mieux. Avant la fin du mois il ne me restait plus aucun vestige d'hydropisie. J'ai continué exactement ce même régime pendant 18 mois, et je lui dois l'entier rétablissement de ma santé bien délabrée depuis plusieurs années. Je n'ai plus ressenti des douleurs de rhumatisme qui me tourmentaient souvent depuis 10 ans, et que les bains et les douches du Mont-d'Or n'avaient pu entièrement détruire. »

III. *Choléra.* — *Mémoires et observations pratiques.* — (*Bul.*

de la soc. médic. d'émulat.) — Ces observations sont empruntées à la pratique de M. Alph. Sanson, qui est allé étudier le choléra en Prusse, et à celle de deux médecins étrangers (les docteurs Strebel et Bremer) qui ont traité les individus atteints de la maladie, l'un à Amalienkof, l'autre à Derschau près Dantzick. Elles déposent en faveur de l'efficacité de l'huile de cajeput, administrée en temps opportun dans le choléra. Nous citerons l'une de ces observations, recueillie par M. Strebel: « M. Bochow, actuellement maire d'Amalienhof, âgé de 50 ans, tempérament sanguin, cultivateur aisé, se sentit vivement indisposé le 14 septembre : il avait eu précédemment quelques malaises. Le choléra régnait depuis 3 semaines dans le village, où il faisait de grands ravages, et M. Bochow avait eu soin d'éviter toute communication avec les malades. Son indisposition commença par du frisson, de l'engourdissement aux mains, des tiraillemens dans les membres supérieurs et inférieurs ; bientôt borborygmes, envies de vomir ; les mains et les pieds deviennent froids ; envies d'uriner que le malade ne pouvait satisfaire ; alors vomissemens de *matières blanchâtres*, selles répétée de *matières semblables à du lait tourné ;* anxiété extrême. Cet état durait depuis 3 ou 4 heures, quand M Strebel arriva : alors le pouls était très-petit, mais encore sensible. Ce médecin fit prendre au malade un vomitif qui procura des évacuations par la bouche. Deux heures après il donna 40 gouttes d'huile de cajeput.

» Le malade a dit depuis qu'à ce moment il sentit à l'estomac une chaleur qui n'avait rien de désagréable, et qui fut suivie d'une sensation générale de réchauffement et d'action qui parcourut tout le corps : c'est particulièrement à la tête qu'il éprouva un mouvement de légèreté et d'expansion qui semblait l'enlever.

» Le calme survint immédiatement, le pouls reprit de la force, la peau se couvrit de sueurs chaudes, les membres se réchauffèrent, la diarrhée cessa.

» 2e jour. Les urines ne coulaient pas encore, la chaleur n'était pas encore parfaitement rétablie, la sueur avait diminué,

la peau était à peine humide ; la langue, quoique chargée, était humectée (40 gouttes d'huile de cajeput). Alors la chaleur et la sueur s'établirent rapidement, les selles furent colorées en jaune léger, les vomissemens et les crampes cessèrent, la soif s'établit.

» 3_e jour. Le malade ne paraissait pas encore parfaitement rétabli ; on donna de nouveau 40 gouttes d'huile de cajeput. Elle provoqua la diaphorèse et l'écoulement des urines ; les selles reprirent la consistance et la couleur ordinaires. Le malade entra en convalescence complète. » — L'huile de cajeput, produit de la distillation du mélaleuca leucodendron, offre quelque analogie avec l'huile de térébenthine, et rentre dans la classe des stimulans diffusibles. Employée avec grand succès contre le choléra-morbus par un médecin du Bengale, on conçoit en effet qu'elle peut très-bien convenir dans la première période du mal, quand celui-ci est caractérisé par la prostration, le froid, le prolapsus, la concentration des forces vitales. Elle doit, d'ailleurs, être donnée à doses élevées et rapprochées, dans les premiers temps, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réaction suffisante, sauf à recourir un peu plus tard aux antiphlogistiques, si le médicament avait produit sur l'estomac une trop vive irritation.

G.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

Hernie de l'iris réduite au moyen d'applications d'une solution de belladone. — Emploi du phosphate acide de quinine. — Choléra-morbus. — Tumeur des fosses nasales.

I. *Hernie de l'iris réduite par des applications d'une solu-*

tion de belladone, par le docteur TOMMASO BONPAROLA. — Dans le mois de décembre de la présente année, fut reçu un nommé François Nicoli, portant un prolapsus de l'iris, situé à la portion de la cornée voisine de l'angle externe de l'œil. La tumeur avait le volume d'un petit pois-chiche; sa base, qui était fort étroite, quoique excessivement étranglée, me fit presque désespérer du succès des applications de la solution de belladone, mode de traitement que j'emploie presque constamment, et auquel je dois un grand nombre de guérisons. Je choisis entre autres faits celui-ci comme un des plus concluans pour prouver l'efficacité de ce remède : plutôt que de recourir à l'emploi de la pierre infernale, je préférai donc faire appliquer sur la tumeur de petites compresses trempées dans une solution de 4 grains d'extrait de belladone, sur une once d'eau distillée. La dose de cet extrait fut successivement portée jusqu'à 6 et 8 grains sans qu'un effet sensible en bien ou en mal s'ensuivît. Alors je portai l'extrait jusqu'à 10 grains, et la tumeur commença à diminuer de volume; à 12 grains la réduction put s'opérer complètement. Cet emploie topique de la solution de belladone dura 20 jours environ.

Je crois que l'on peut conclure de cette observation, qu'il ne faut pas se décourager lorsque aucune amélioration ne suit l'emploi des premières applications de solution de belladone, mais qu'au contraire il faut augmenter successivement la dose de cet extrait, d'autant plus, qu'il est constant, par la dose que nous venons de citer, qu'à 12 grains ce médicament ne produit aucun effet désavantageux, ni sur la vue, ni sur le système nerveux. (*Osservatore medico di Napoli*; décembre 1831.)

II. *De l'usage du phosphate acide de quinine.* Le professeur Harless, de Berne, avait observé que le phosphate de quinine, légèrement acide, était un médicament beaucoup moins irritant que le sulfate de quinine, ou que cet alcoloïde à l'état libre. Le phosphate, disait-il, était mieux supporté par les estomacs irritables, par les personnes nerveuses, ou bien par

celles qui sont sujettes soit à des congestions sanguines, soit à des inflammations. M. Harless ajoutait enfin que le phosphate ne produit pas ce malaise, qui suit souvent l'ingestion du sulfate; qu'il n'y a point autant d'accélération des mouvemens du cœur, et nulle altération des bronches et des poumons, comme on l'observe souvent lorsqu'on fait prendre la quinine combinée à l'acide sulfurique.

Le phosphate de quinine étant peu soluble, c'est sous la forme de pilules ou de poudre qu'on l'administre ordinairement; la dose est de 1 à 4 grains.

Le docteur Zaviziano di Arta, médecin grec, que M. Magliari, rédacteur de l'*Osservatoré medico*, nous signale comme un des soutiens les plus distingués de l'université de Naples, a fait avec succès l'essai du phosphate de quinine, non-seulement contre des fièvres intermittentes ordinaires, mais encore contre deux cas de fièvre pernicieuse; il partage l'opinion du docteur Harless sur les avantages que présente le phosphate de quinine. Voici les trois observations qu'il a rapportées.

Première observation. Au mois d'août, dit M. Zaviziano, je fus appelé auprès d'un enfant de huit ans, atteint depuis le printemps d'une fièvre intermittente, qui présentait le type d'une fièvre double tierce. J'appris des parens que l'usage de la quinine et du sulfate de quinine, administrés à larges doses, et continués pendant long-temps, n'avait produit aucun effet. Je fis prendre au jeune malade, avant l'accès, 1 grain et demi de phosphate de quinine, divisé en trois parties, d'un demi-grain chacune; et, à mon grand étonnement, l'accès n'eut pas lieu; la guérison fut prompte et sûre.

Deuxième observation. Dans le courant de l'été dernier, je fus appelé au début de la maladie chez une dame âgée de soixante-six ans, atteinte d'une fièvre pernicieuse avec vomissemens. Sans perdre de temps, je lui administrai 4 prises de phosphate de quinine d'un grain chacune; il n'y eut pas d'autre

accès après que la malade eut pris ce médicament, et elle ne tarda pas à se rétablir entièrement.

Troisième observation. Il y a quelque temps, dit le même médecin, je fus voir une dame d'environ cinquante ans, attaquée d'une fièvre pernicieuse asthmatique. Encouragé par les succès précédens, je lui fis prendre quatre doses de phosphate acide de quinine, d'un grain chacune; et j'obtins le plus heureux succès. (*Osservatore medico.* 1831).

Opinion du professeur Buniva *sur le choléra-morbus.* Il n'est pas inutile de faire connaître ici l'opinion de quelques médecins justement célèbres en Italie, et qui croient à la contagion du choléra-morbus, quand de toutes parts on entend soutenir que cette maladie n'est pas contagieuse; aussi parlerons-nous de l'opinion de ceux qui comparent cette affection, lorsqu'elle vient à sévir chez des individus placés dans une atmosphère cholérique, aux germes qui existent dans l'atmosphère, et qui ne se développent que lorsqu'ils trouvent des conditions propres à leur développement.

Peu d'ouvrages, dans les circonstances actuelles, méritent davantage l'attention des médecins, que le traité de M. Buniva. Tout ce qui tient à cette maladie, noms, variétés, espèces, causes, prognostic, traitement, moyens préservatifs tant pour le choléra-morbus sporadique, que pour le choléra contagieux ou exotique, caractères differenciels de ces deux maladies, tout y est développé avec beaucoup de talens. M. Buniva, aidé de tous les travaux qui se trouvent épars, ne s'est pas contenté des recherches médicales proprement dites qui existent chez les autres nations; mais il a encore interrogé les archives de l'art vétérinaire pour éclairer son sujet. La qualité contagieuse du choléra exotique est mise en tout son jour par le professeur Buniva, et comme conséquence il fait ressortir la nécessité de s'opposer à ce fléau par tous les moyens mis en usage contre la peste et les autres maladies spécifiques, contagieuses. La condition pathologique du choléra, selon M. Buniva, et d'après les recherches cadavériques qui ont été faites just

qu'ici, consiste dans une névralgie d'un ou de plusieurs rameaux de la huitième paire, ou dans l'affection du nerf intercostal et quelquefois de la moelle épinière. Cette opinion est développée avec beaucoup d'esprit et appuyée de raisonnemens ingénieux par M. Buniva. (*Annali universali di medicina, Luglio*. 1831).

IV. *Tumeur des fosses nasales*; par le docteur ROSATO DIMIDRY. Le 7 septembre 1820, une jeune paysanne de la commune de Vaglio, canton de Brindisi, dans la province de Lucca, accoucha d'une fille qui présentait un prolongement charnu volumineux, s'étendant du nez au devant et au dessous de la bouche. Un examen attentif fit reconnaître au docteur Dimidry que le nez de cet enfant était bifide, divisé jusqu'à sa base, de sorte que les deux moitiés écartées, continues avec les joues, formaient un écartement duquel sortait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, adhérente à toute la circonférence de l'ouverture nasale, à la lèvre supérieure au devant de laquelle elle descendait; et, devenant libre ensuite, elle se prolongeait jusqu'au dessous de la lèvre inférieure. De la partie supérieure de cette production anormale naissait un prolongement mamelonné; un semblable mamelon existait à sa partie supérieure et se trouvait contigu à la lèvre inférieure.

Le docteur Dimidry, reconnaissant que cette tumeur s'opposait immédiatement à la respiration par l'occlusion complète des narines, et presque complète de l'ouverture buccale, et redoutant que la mort par asphyxie n'en fût promptement la suite, se décida à l'enlever d'un seul coup avec l'instrument tranchant. Ses adhérences s'étendaient au dehors à plus de deux travers de doigt: aussi survint-il une hémorragie abondante qui fut réprimée de suite par un appareil compressif convenable.

La dissection de cette tumeur, qui avait toute l'apparence d'une mamelle avec deux mamelons, fit voir qu'elle était recouverte par un prolongement de la peau; à l'intérieur, elle offrait une structure entièrement semblable à celle des mamelles; et dans son centre, un groupe de granulations glanduleuses, occupant leur situation normale, en sorte que cette tu-

meur pouvait rattacher la monstruosité à la classe de celles dites par excès de parties. Malgré tous les moyens employés pour nourrir l'enfant, on ne put y parvenir qu'incomplètement, et il mourut quatre jours après l'opération. (*Anali di medicina e chirurgia di Napoli*; septembre 1831.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Novembre 1831.)

Structure du testicule humain. — Maladies des organes de la voix. — Moyen préservatif du choléra. — Nouvelle variété de l'espèce humaine. — Classification des gommes. — Nouveaux instrumens de lithotritie. — Vibration sonore des liquides. — Phénomène hydraulique. — Sonde œsophagienne. — Transfusion du sang dans le cholera-morbus.

Séance du 1er. M. Fourcault lit un mémoire intitulé *De l'importance des travaux de synthèse ou de coordination dans l'étude des sciences physiques et physiologiques*. Nous ferons connaître le rapport qui en sera fait par MM. Magendie et Flourens. M. Lauth adresse une note sur la structure du testicule humain, d'après des recherches qu'il a faites pendant 2 ans sur, au moins, 300 testicules qu'il a injectés au mercure. L'auteur a reconnu que les conduits de la semence se composent ainsi :

1° Les *vaisseaux séminifères* varient en nombre, depuis 821 jusqu'à 855 ; leur nombre moyen est de 840. Ils ne sont pas isolés comme on l'a répété jusqu'à nos jours ; ils forment entre

eux une foule d'anastomoses et de divisions, de manière à constituer un vaste réseau duquel naissent, à proprement parler, les vaisseaux séminifères, qui, par conséquent, ne présentent point, à leur origine, des extrémités libres; du moins n'a-t-il rencontré qu'une seule fois cette disposition qu'il considère comme exceptionnelle. Le calibre des vaisseaux séminifères, remplis de mercure, varie depuis 1/110 jusqu'à 1/160 de pouce; la longueur de chacun d'eux, y compris la branche d'anastomose, varie, suivant le sujet, depuis 13 pouces jusqu'à 33. Par conséquent tous les conduits pris ensemble ont une longueur qui varie depuis 966 pieds jusqu'à 2,307. Ces vaisseaux forment une foule d'inflexions à l'exception du point où ils se terminent, et où ils sont presque droits; là ils deviennent plus gros.

2° Le *rete restis*, formé de 7 à 13 vaisseaux anastomosés, dont le calibre varie depuis 1/50 jusqu'à 1/108 de pouce; il reçoit les vaisseaux séminifères.

3° Les vaisseaux inférieurs qui proviennent du *rete testis;* ils sont au nombre de 9 à 30, plus ordinairement de 12 à 14. Par leurs inflexions plus multipliées, ils prennent l'apparence de *cônes vasculaires*. Leur canal, d'abord très-gros (1/55 à 1/80 de pouce), diminue peu à peu vers leur insertion dans le canal de l'épididyme, où ils ont de 1/108 à 1|180 de pouce.

4° Le canal de l'épididyme, unique, épais de 1/55 à 1/100 de pouce, ordinairement de 1/78, a une longueur qui, chez différens sujets, varie depuis 16 pieds 4 pouces jusqu'à 21 pieds 6 pouces. Ce canal est ordinairement entortillé sur lui-même, au moyen de quatre séries d'inflexions.

5° *L'appendice de l'épididyme* n'existant pas toujours, très-rarement double, jamais ramifié, est garni de valvules qui dirigent le liquide vers le canal de l'épididyme. Cet appendice paraît à l'auteur être une glande muqueuse de forme particulière; mais bien certainement ce n'est pas un vaisseau lymphatique comme on l'avait avancé.

Dans un testicule de volume moyen, le sperme doit parcourir un espace d'environ 21 pieds 7 pouces, pour arriver jusqu'au

commencement du *conduit déférent*. Or les évaluations de Monro, qui s'élèvent à 22 pieds sont évidemment outrées.

M. Bennati lit un nouveau mémoire sur le mécanisme de la voix humaine pendant le chant, et sur les différentes maladies qui attaquent cet organe.

Dans la première partie de ce mémoire l'auteur expose la nature du traitement qu'il a mis en usage, ainsi que les modifications dont il est susceptible, suivant les variétés et les complications de la maladie. La maladie est-elle caractérisée par une atonie dans les organes modificateurs de la voix, c'est-à-dire, par la teinte pâle de la membrane muqueuse du gosier, que l'auteur appelle pharyngo-laryngienne, par la difficulté du jeu des muscles constricteurs supérieurs du pharynx, des staphylins, de la langue, etc., il emploie en toute sûreté le traitement suivant :

1° Des gargarismes répétés trois ou quatre fois par jour, d'après la formule ci-jointe :

Sulfate d'alumine. . . . . . . 1 gros.
Décoction d'orge bien filtrée. 10 onces.
Sirop diacode. . . . . 1/2 once.

Employez en gargarisme 3 ou 4 fois par jour.

Il marque cette formule du n° 1, et selon les indications il la porte graduellement jusqu'aux n°s 12, 14, 16 et davantage, en ajoutant à chaque numéro 1 gros d'alun, selon les indications, c'est-à-dire, en sursaturant la décoction d'orge d'un gros de ce sel pour chaque numéro. La dose élevée seulement jusqu'aux n°s 3, 4 ou 5, suffit dans beaucoup de cas.

2° Pendant les trois premiers jours du traitement, des frictions, renouvelées aussi deux ou trois fois par jour, sur la région cervicale antérieure principalement d'après la formule suivante :

Extr. de belladone. . . 12 grains.
Alcool camphré. . . . . 4 onces.
En frictions.

Dans les affections rhumatismales l'extrait de jusquiame remplace, à la même dose, celui de belladone.

Dès que l'atonie est diminuée par ce premier traitement, il cherche à exercer la voix, de même que dans la photophobie après la cessation des symptômes dominans, il conseille la lumière du jour. Ainsi il engage le malade, s'il est chanteur, à faire graduellement plusieurs gammes de suite, et il lui indique en même temps le moyen de régler son haleine.

Si au contraire le malade n'est pas musicien, il lui commande de déclamer à haute voix, ou bien d'émettre différens sons analogues, autant que possible, à ceux de la gamme chantante.

C'est par suite d'un pareil exercice pendant la convalescence, qu'il est parvenu à faire chanter des personnes qui, sous le rapport de la voix et de l'oreille, ne se croyaient aucune disposition pour le chant.

On peut remarquer que cette seconde partie du traitement, qui est propre à l'auteur, diffère essentiellement des conseils donnés en pareils cas par la plupart des médecins qui, n'ayant en vue que l'axiome banal *ubi dolor, ibi fluxus*, recommandent à leurs malades de ne pas parler et, à plus forte raison, de ne pas chanter. En ce point, comme en beaucoup d'autres, les faits sur lesquels M. Bennati fonde sa méthode se trouvent en opposition avec les théories admises jusqu'ici.

Maintenant on demande pourquoi les malades doivent parler à haute voix, lorsque l'aphonie dépend d'un affaiblissement de l'organe vocal. Voici ce que répond l'auteur : C'est parce que chez eux la prononciation manque des principales conditions nécessaires à l'exercice de cette fonction. S'efforcent-ils de parler à haute voix ou de chanter, la vitesse de l'haleine, augmentant par une plus forte impulsion, et donnant en même temps plus d'intensité à tous les sons, leur imprime aussi plus d'acuité. Joignez à ce premier point les changemens qu'éprouvent les organes producteurs et modificateurs de la voix dans leur forme et leur consistance, et vous trouverez les raisons d'après lesquelles M. Bennati s'est déterminé ; et de là résulte l'importance, pour un chanteur,

d'avoir le plus grand développement possible dans l'ensemble de ses organes respiratoires et surtout dans ses poumons. Et, pour en citer un exemple puisé dans les contraires, ne sait-on pas que si la plupart des sourds-muets succombent à la phthisie pulmonaire, c'est que leurs poumons, s'affaiblissant, éprouvent un arrêt de développement, et tendent même à s'atrophier par le seul fait de leur inaction. L'anatomie comparée offre aussi un grand nombre de faits à l'appui de ce que l'auteur avance.

Après avoir indiqué le traitement qu'il emploie généralement, M. Bennati entre dans quelques détails au sujet des modifications qu'il doit subir selon les variétés et les complications de la maladie.

De toutes les causes qui nécessitent des modifications thérapeutiques, la plus commune, et la plus essentielle en même temps, selon lui, c'est l'influence sympathique de quelques autres organes sur celui de la voix.

Tous les praticiens savent quelle sympathie remarquable existe chez les femmes entre la matrice et l'organe de la voix, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie. Ainsi à l'approche des règles, pendant leur durée, ou à leur cessation, on a journellement l'occasion d'observer, chez différentes femmes, des changemens notables dans la voix. A ce sujet les exemples sont trop bien connus et trop nombreux, pour qu'il soit nécessaire d'en citer aucun. Toute modification, soit physiologique, soit pathologique, dans l'état de la matrice, réagit sur l'organe de la voix.

Mais une sympathie moins généralement connue peut-être, moins appréciée en médecine, et pourtant non moins certaine que la précédente, est celle qui existe entre les fonctions digestives et la fonction qui nous occupe. Ainsi la voix peut facilement être altérée par le seul effet d'une atonie des premières voies. M. Bennati a constaté plusieurs exemples curieux de pareille altération, et l'on peut, presque chaque jour, en acquérir la preuve. D'autres sympathies se révèlent encore. Un engorgement quelconque des viscères abdominaux, un dérangement

dans les fonctions du système de la veine-porte, l'abus des remèdes purgatifs, ou des lavemens, une transpiration trop long-temps entretenue, ou bien supprimée brusquement d'une manière quelconque, soit à la périphérie cutanée, soit surtout aux pieds, l'usage des pommades anti-dartreuses, anti-syphilitiques, anti-scrophuleuses, etc., etc., sont autant de causes diverses qui, en altérant l'organe de la voix, obligent le médecin praticien à modifier le traitement proposé.

Toutefois, puisque, même d'après les causes qui viennent d'être énoncées, il peut exister, comme symptôme ou comme complication, un gonflement de la membrane muqueuse pharyngo-laryngienne avec altération dans la qualité et la quantité du mucus, on conçoit comment on peut associer au traitement indiqué pour la cause influente, l'usage du gargarisme d'alun (1).

C'est ainsi qu'en traitant M. Rondonneau, dont il est parlé dans la 3me observation de son mémoire, M. Bennati a obtenu un très-heureux résultat des gargarismes d'alun, quoique la cause de la maladie eût son siége dans les premières voies.

L'auteur compare ensuite les effets des astringens sur les différentes membranes muqueuses; et, pénétré de l'idée qu'il y a identité d'organisation entre la membrane muqueuse qui tapisse les paupières et la partie externe du globe de l'œil, la villeuse de l'estomac et des intestins, celle de l'urètre, du vagin, etc., il a pensé qu'il serait rationnel d'appliquer à certaines affections de la voix des remèdes pour combattre des affections identiques dans les organes que nous venons de citer.

Après avoir essayé les différens sels astringens les plus géné-

---

(1) Quelques malades éprouvant de la répugnance pour l'alun, à cause de la saveur qu'il laisse et des nausées qu'il provoque; pour obvier à cet inconvénient, je lui ai substitué le sulfate de zinc dans plusieurs cas, et quelquefois celui de cuivre, dont j'ai également reconnu l'efficacité, bien que son action soit un peu plus lente.

(*Note de l'Auteur.*)

ralement employés dans d'autres maladies, il a adopté de préférence le sulfate d'alumine, par la simple raison que ce sel lui a toujours réussi le plus promptement et le mieux.

Ainsi le double motif qui l'a décidé à l'emploi du traitement en question, est d'une part l'identité d'organisation des membranes muqueuses dans les différens organes, et de l'autre l'identité d'effets des astringens sur les mêmes membranes.

Il est à propos d'indiquer ici comment il conçoit ce mode d'action. Les astringens, dit-il, me semblent agir sur les membranes muqueuses d'une manière *chimico-dynamique*, d'où il résulte diminution de volume des vaisseaux capilaires. Ce premier effet en détermine lui-même un tout-à-fait secondaire, qui est l'augmentation de la propriété absorbante des vaisseaux lymphatiques. Ainsi la sécrétion du mucus se trouve modifiée dans sa qualité et dans sa quantité : la partie la plus fluide est absorbée, tandis que celle qui l'est moins se trouve excrétée.

C'est par cette double action des astringens que se trouve déterminée une sécrétion plus abondante.

« C'est, continue-t-il, en raison du même effet des astringens » sur les membranes muqueuses que je donne aux malades le » conseil essentiel de ne cesser l'usage des gargarismes que par » doses décroissantes et à des intervalles éloignés de plus en plus. » Faute de ce soin, il ne serait pas impossible qu'une récidive ne » survînt, ou tout au moins que la guérison ne fût pas radicale. » C'est d'ailleurs une méthode sûre, et consacrée non seulement par mon expérience dans ce genre de maladies, mais encore par celle de beaucoup de praticiens dans des affections analogues, ou même d'une tout autre nature. Ainsi sont traitées les blénorrhagies uréthrales par les injections, et les diverses ophthalmies par les instillations de certains sels ou oxides métalliques, etc.

Je ne saurais donc trop recommander la continuation du traitement au delà même de la guérison apparente (1).

---

(1). Au sujet de cette spécialité d'action des astringens, je citerai

« Disons maintenant quelques mots de l'opportunité de ce traitement, c'est-à-dire, énumérons les principaux cas auxquels il convient spécialement. Il est entendu à l'avance qu'il n'est nullement question ici des maladies aiguës ou chroniques des poumons, du larynx et des bronches. Nous n'examinons absolument que les altérations des organes producteurs ou modificateurs de la voix pris dans leur ensemble ; or, ces altérations se rattachent pour nous à quatre espèces différentes, savoir :

» 1° A l'effet d'une modification pathologique quelconque, de la membrane *pharyngo-laryngienne ;*

» 2° A un affaiblissement des muscles producteurs de la voix ;

» 3° A la même cause agissant sur les muscles modificateurs ;

» 4° Enfin à une influence sympathique.

» J'ai observé, poursuit M. Bennati, que de ces quatre causes générales d'altération de la voix, la plus commune était la première, c'est-à-dire, une modification pathologique de la membrane pharyngo-laryngienne. Cette observation est fondée d'une part sur le résultat des phénomènes physiologiques exposés dans mon premier mémoire sur le mécanisme de la voix humaine

---

ici un fait très-curieux, qui m'a été communiqué par M. L'Héritier, homme de lettres : En 1812, le nommé Lacroix, soldat au 5me régiment d'artillerie à pied, désirait se faire réformer pour cause de myopie. Le degré auquel il était atteint de cette affection n'était pas suffisant pour qu'il fût déclaré impropre au service ; il voulut le compliquer d'une ophthalmie. Un juif lui indiqua de s'introduire dans les yeux du vitriol bleu en poudre (sulfate de cuivre). L'effet répondit d'abord pleinement à ce qu'il se proposait ; il se déclara bientôt une ophthalmie telle que la faculté visuelle en était réellement altérée ; il y avait, au commencement, douleur très-vive avec sécrétion des plus abondantes ; mais par l'usage continu de la poudre, les yeux devinrent insensibles à son introduction. — Au bout de quelque temps la douleur cessa, la rougeur se dissipa complètement, et Lacroix, au lieu d'être myope, se trouva avoir une des meilleures vues du régiment.

(*Note de l'Auteur.*)

pendant le chant (1), et d'autre part sur le résultat des faits pathologiques, dont les principaux seront rapportés dans celui-ci.

» Avant d'en venir à ces faits, je dois dire que, si j'ai spécialement conseillé les gargarismes d'alun dans les cas d'atonie de l'influx nerveux, c'est que j'en ai fait l'heureuse application toutes les fois qu'il est survenu un enrouement plus ou moins grave par suite d'un refroidissement, et notamment dans tous les cas d'angine tonsillaire idiophatique.

» Madame Malibran offre un exemple frappant de ce que j'avance. J'ai par devers moi plusieurs observations du genre de celle-ci, que j'ai communiquée à l'académie des sciences dans une lettre du 30 janvier. Mais j'ai plutôt en vue les faits dans lesquels on ne remarque aucun phénomène inflammatoire, à l'exception pourtant de la douleur et de quelques crachats rendus *légèrement sanguinolens*, par l'effet de la déchirure d'un ou de plusieurs vaisseaux capillaires, surtout pendant les efforts de la toux, comme j'ai eu l'occasion de l'observer chez Mmes Malibran et R... et chez M. de Groslambert, et dans quelques autres cas dont il est parlé dans mon second mémoire. C'est par des faits de cette nature que j'espère établir l'utilité et la vérité des résultats que j'ai obtenus.

» Si j'ai indiqué en passant un des faits qui en diffèrent, c'est pour appeler sur ce fait l'attention, de praticiens et leur demander si le traitement que je propose ne serait pas applicable à certaines inflammations de l'appareil vocal? Au surplus, attendons

---

(1). J'avais alors surtout en vue de démontrer l'office des muscles surlaryngiens dans la modulation de la voix; aujourd'hui je crois non-seulement que ces muscles servent à modifier les sons laryngiens, mais encore j'ai de fortes raisons pour les supposer pourvus d'une vibration assez semblable à celle que M. Cagnard-Latour appelle *vibration labiale*, c'est-à-dire d'une vibration telle qu'on la produit avec les lèvres, lorsqu'en chantant on veut imiter le cor, ou quelque instrument à anche. (*Note de l'Auteur.*)

que nous soyons plus riches en expériences, et nous en déduirons des conséquences beaucoup plus importantes.

» En résumé, conclut M. Bennati, la thérapeutique doit varier selon la cause morbide et les complications antécédentes ou consécutives; mais lorsque l'altération de la membrane pharyngo-laryngienne, ainsi que l'atonie des organes modificateurs de la voix existent simultanément, on peut regarder comme toujours utile de recourir à la méthode que nous venons d'indiquer, en même temps qu'aux moyens ordinaires. »

La seconde partie du mémoire de M. Bennati est consacrée à l'exposé des faits pathologiques, qui montrent que, sur douze applications du nouveau traitement, l'auteur a obtenu onze fois une cure complète et radicale. Les observations relatives à M. de Groslambert, ex-pharmacien en chef des armées françaises sous Napoléon, ainsi qu'à M. Delero, ancien élève de l'école polytechnique, qui, malgré tous les secours de la médecine, avaient été l'un et l'autre pendant plusieurs années dans un état de parfaite aphonie; la guérison de Mme Hérold, cantatrice distinguée, et celle de M. Rondonneau, professeur de chant, sont, entre les faits cités par M. Bennati, ceux qui nous ont paru les plus remarquables.

Séance du 7. M. Gaudin adresse une note lithographiée sur quelques propriétés des atômes; M. Thénard est chargé d'en rendre un compte exact.

M. Duringe adresse une nouvelle méthode prophylactique contre le choléra. Le véritable et seul remède du choléra, dit-il, consiste dans une modification du système vasculaire à opérer par un autre principe intermédiaire, mais par la même voie par laquelle le principe cholérique s'insinue dans notre organisation. Ce moyen consiste dans l'emploi des *vapeurs mercurielles* à très-petite dose, comme étant propres, suivant lui, à opérer un changement spécifique ou chimico-vital du sang. L'auteur conseille les mêmes vapeurs dans toutes les maladies contagieuses, comme le meilleur moyen désinfectant de toutes les substances, et

comme supérieures aux acides nitrique, hydrochlorique, et même au chlore. Il eût été curieux que l'auteur eût appuyé son hypothèse de quelques faits; sans cela sa méthode rentre dans les mille et un moyens proposés, que ni l'expérience ni l'observation n'ont sanctionnés.

M. Dureau de la Malle lit une note sur une nouvelle variété de l'espèce humaine. Winckelmann s'était aperçu que sur les têtes des statues égyptiennes l'oreille était placée plus haut que dans les statues grecques; il attribuait cette singularité au caprice de l'art égyptien. M. de la Malle, visitant en 1830 le musée de Turin, fut frappé de ce caractère constant de la position de l'oreille dans les statues de Méris, d'Osymandéas, de Rhanses, de Sésostris, et qui appartiennent évidemment à la race *Arabo* ou *Egypto-Caucasique*. L'auteur examina plus de quarante momies qu'on venait de dérouler et qui provenaient des tombeaux de la Haute-Egypte; il fut fort surpris de voir sur trente têtes de momies, dont l'angle facial était semblable à celui de la race européenne, le trou auriculaire qui, en tirant une ligne horizontale, se trouve chez nous au niveau de la partie inférieure du nez, placé, dans les crânes égyptiens, au niveau de la ligne médiane des yeux. La tête, vers la région des tempes, est toujours beaucoup plus déprimée que dans notre espèce, ce qui provient, à ce qu'il présume, de la position plus élevée du trou auriculaire. Cette élévation vers le haut du crâne, dans les têtes de ces momies, était d'un pouce et demi à deux pouces, comparativement avec les crânes européens. Cette variété, dit l'auteur, existe encore en Egypte. Il cite, comme l'exemple le plus frappant de cette singulière conformation, qu'on peut regarder comme le type égyptien, un Cophte de la Haute-Egypte, Elias Boctor, qui a vécu vingt ans parmi nous, qui était professeur d'arabe vulgaire, et qui est mort à Paris. La race hébraïque a beaucoup de rapports de ressemblance avec la race égyptienne. M. Dureau de la Malle conclut de ces faits, que les caractères spéciaux et constans de la hauteur du trou auriculaire et la dépression des temporaux suffisent pour établir dans la race caucasique une nouvelle

variété ou une sous-espèce qu'on peut nommer *Egyptienne*, et dont les branches les plus rapprochées sont la race hébraïque et la race phénicienne et arabe.

M. Guérin lit un mémoire très-étendu sur les gommes. L'auteur n'adopte point les divisions en plusieurs espèces établies par Fourcroy, Thomson, etc. Il les range toutes en deux grandes classes, qui sont, 1° l'*arabine* de chevreuil, ou gomme soluble; 2° la *bassorine* de Vauquelin, ou gomme insoluble. Il donne pour caractère des gommes de former de l'acide mucique par l'action de l'acide nitrique. Tout ce qui ne donne point ce produit par cet acide ne doit point être rangé parmi les gommes. L'auteur a donné l'analyse des gommes arabique, du Sénégal, de cerisier, d'abricotier, de prunier, de pêcher, d'amandier, de Bassora, adragante, ainsi que des mucilages de graine de lin et de racine de guimauve, même du sucre de lait. Son travail offre beaucoup d'intérêt : c'est le plus complet en ce genre.

M. Bory de Saint-Vincent adresse l'exposé de l'expédition scientifique de Morée entreprise et publiée par ordre du gouvernement. D'après cet aperçu, cet ouvrage sera aussi curieux qu'intéressant; les talens de l'auteur et la variété de ses connaissances sont un garant assuré de son succès.

Séance du 14. M. Amussat adresse un second envoi sur de nouveaux instrumens de lithotritie, imaginés dans le but de simplifier cette opération et de détruire la pierre dans une seule séance. Les nouveaux instrumens, dont l'auteur offre le dessin et la description, ne sont que le développement des idées émises dans un paquet cacheté qu'il avait adressé à l'Académie, dans lequel il avait établi qu'avec un instrument égal en volume à ceux qu'on emploie ordinairement, on doit avoir des branches assez fortes et en nombre assez considérable pour retenir le calcul d'une manière certaine, sans qu'on puisse craindre que les fragmens trop gros, ne pouvant pas sortir par l'urètre, puissent s'échapper par les intervalles que laissent entre elles les branches de la pince. Voici par quel moyen il y est parvenu. Comme l'olive

du mors de l'instrument est toujours beaucoup plus grosse que la tige, il a conservé à la courbe le même volume dans ce point; il y est parvenu en tirant l'instrument à deux filières; par ce moyen il a obtenu cinq mors plus larges et plus forts. Ayant trouvé les intervalles trop grands, il fit agrandir la canule, et tirant la pince à trois filières différentes et la canule extérieure à deux, il obtint un instrument à sept branches aussi fort que celui à cinq qui n'avait que deux filières pour la pince et une seule pour la canule extérieure. La pince à sept branches est construite sur le même principe que la pince à cinq branches; il y a par conséquent sept intervalles entre le mors; six petits et un grand. Chaque branche du mors a peu de largeur dans ses ressorts, puisqu'elle ne forme que les sept parties d'un tube peu volumineux; mais ils ont plus d'épaisseur qu'on ne leur en donne ordinairement, parce que, la canule extérieure étant plus grosse, il en résulte qu'entre les ressorts de la pince on a plus d'espace qu'il n'en faut pour le passage du foret qui est cylindrique d'un bout à l'autre. Lorsque la pince est fermée complètement, les mors se touchent, et l'olive ne présente pas plus de volume que celle des pinces à tranches. Toutes les autres pièces de l'instrument sont semblables à celles qui se trouvent sur le dessin de son premier envoi. La manière d'agir de la pince à sept branches est la même que celle de la pince à cinq, c'est-à-dire que, pour saisir la pierre, on ouvre la pince de manière qu'elle présente le grand intervalle vis-à-vis du calcul, lequel est le même que celui d'une pince à trois branches. Quand le calcul est pris, on tourne la pince de façon que le grand intervalle regarde en haut, et que, même en ouvrant l'instrument, on ne risque plus de lâcher le calcul, si l'on a la précaution de tenir la pince obliquement, de manière que la base du cône, représentée par les mors, regarde en haut, et le sommet en bas. Que le calcul soit mal pris, à moitié, ou dans le sens transversal, par exemple, en ouvrant la pince et en frappant légèrement sur son extrémité opposée, on est sûr de placer convenablement le calcul entre les mors; alors la canule est passive: c'est le foret qui doit agir. Lorsqu'on a fait éclater

la pierre, on retire le foret, et après avoir desserré légèrement la pince, on frappe sur le manche pour déplacer les rapports des fragmens et les tasser par la pression que la pince exerce sur eux. On perfore alors de nouveau, et, *chose remarquable*, c'est qu'on perfore ces *morceaux réunis*, comme s'ils ne faisaient qu'une seule et même pierre. En cherchant à diminuer les intervalles de la pince à cinq branches, en rapprochant les mors, M. Amussat assure qu'il a obtenu des résultats qu'il n'avait pas prévus: c'est que, lorsqu'avec une pince de cette espèce, on embrasse un calcul, le corps de celui-ci ne se trouve pas dans le centre; ou, si l'on veut, le foret, au lieu de percer la pierre dans le milieu, ne la perfore que sur le côté qui correspond à la branche impaire, de sorte qu'on peut user la pierre de cette manière en deux fois, ou, si elle est plus grosse, en trois fois. M. Amussat a appliqué ce mécanisme à la pince à sept branches. L'auteur croit que, par ce moyen, on pourra espérer d'attaquer et de détruire, dans une seule séance, des pierres plus grosses que celles qu'on a pu broyer jusqu'à ce jour. *Commissaires :* MM. Savart, Boyer et Larrey.

SÉANCE DU 21. M. Cagnard de Latour écrit à l'Académie, *qu'il* y a quatre ans qu'il a démontré qu'un morceau de phosphore du poids de quelques grammes, introduit dans une éprouvette de 18 à 20 pouces de longueur, supportée sur une table d'harmonie, et sur lequel on verse de l'eau assez chaude pour le fondre, et remplir le tube, dans le moment où le phosphore se solidifie, fait descendre ordinairement la colonne d'eau assez promptement pour qu'il se produise un bruit ou un son instantané. Par une nouvelle expérience, l'auteur a reconnu que ce son, quoique très-bref, est cependant d'un degré diatonique sensiblement appréciable, et qu'il correspond, à très-peu près, au son prolongé qu'il a pu faire rendre à la colonne d'eau par un frottement longitudinal exercé avec un drap humide sur les parois extérieures du tube; qu'ainsi, par exemple, avec une colonne d'eau de 3 pieds, le tube, bouché par en bas, donne un son hydraulique

de 800 vibrations simples par seconde, et qui seront, par conséquent, de 1680 avec un tube ouvert par les deux bouts. M. de La Tour a fait cette expérience avec une colonne de phosphore liquéfié de 2 pieds 3 pouces de hauteur, pesant 125 grammes, et recouvertes de 1 pouce d'eau. Par le refroidissement, il se forme des cristallisations et des cavités sans aucun son ni bruit appréciables, parce que, sans doute, la contraction du phosphore en grande colonne ne se fait ni aussi librement, ni aussi instantanément qu'avec une petite masse de ce combustible couvert d'une haute colonne d'eau. L'auteur enfin a fait vibrer des colonnes formées par divers liquides, tels que l'alcool à 36, l'essence de térébenthine et le phosphore liquéfié par la chaleur; les sons ont été moindres qu'au moyen d'une égale colonne d'eau. *Commissaires :* MM. de Prony et Savart.

M. Doë communique à l'Académie le phénomène suivant qui vient d'être observé à Rosny, près de Vincennes. Depuis que l'on a creusé le fossé du fort de Rosny, il s'est formé au bas de la contrescarpe, dans l'angle méridional du côté de la montagne, une fontaine ou puits à fleur de terre, qui donne une excellente eau très-claire. En même temps la fontaine de Rosny a cessé de donner de l'eau.

M. Leuret écrit, d'après les découvertes qu'il a recueillies, 1° que le choléra-morbus de l'Inde n'est pas la même maladie qui règne en Europe, qui se rapproche, quant aux observations cadavériques, des affections pestilentielles charbonneuses, et de celles que l'on produit par l'injection dans les veines d'un liquide putréfié; 2° que dans plusieurs circonstances elle s'est montrée contagieuse; 3° que les moyens les plus efficaces pour la combattre sont les évacuations sanguines; 4° enfin, qu'au nombre des mesures sanitaires que doit prendre une ville menacée de cette épidémie, on doit mettre en première ligne la création d'hôpitaux spéciaux dans les quartiers populeux et pauvres, afin que les cholériques puissent y recevoir des secours prompts et complets.

M. Barabino, de Philadelphie, envoie une espèce de sonde en

argent pour extraire les substances qui pourraient se loger dans l'œsophage. *Commissaire :* M. Dupuytren.

SÉANCE DU 28. M. Antomarchi adresse des observations sur le choléra-morbus.

M. Huffeland présente un travail sur les cordons sanitaires et les établissemens de quarantaine contre le choléra.

M. Dietmar communique sa nouvelle théorie des aurores boréales.

M. le docteur Scoutetten adresse des observations recueillies à Berlin, sur la transfusion du sang dans le choléra-morbus.

Première observation. Le 15 octobre 1831, à neuf heures du matin, la première opération fut faite par le professeur Dieffembach, à l'hôpital de M. Boeler, sur un sujet bien constitué, âgé de vingt-sept ans, malade depuis deux heures un quart de la nuit. L'opération fut faite sept heures et uu quart après l'invasion de la maladie. Avant cette opération, ses yeux étaient entr'ouverts, enfoncés dans les orbites, globes oculaires tournés en haut, narines serrées, joues creuses, pommettes saillantes, bouche entr'ouverte, langue froide, ainsi que toute la face; respiration courte, précipitée; couleur violette des pieds et des mains; absence complète du pouls; peau des doigts très-plissée, *connaissance* parfaite. La veine jugulaire droite ayant été mise à nu dans l'étendue d'un pouce, et ouverte dans le sens longitudinal, un tuyau de plumes y est introduit : le sang est fourni par un jeune docteur robuste, âgé de vingt-huit ans, et tiré de la veine médiane. On en injecte de suite une once et demie au moyen d'une petite seringue d'étain chauffée dans la veine du malade. D'abord, insensibilité presque complète; puis le malade fait deux inspirations profondes, et successivement les paupières s'ouvrent et se ferment avec précipitation. Cinq minutes après l'injection, mouvemens convulsifs de la tête qui est portée fortement en arrière; bientôt après, mouvemens convulsifs des jambes, des bras et de tout le tronc; cris plaintifs et gémissemens; au bout de moins d'une minute ils cessent tout à coup, et le malade est

mort. L'autopsie n'a montré que les altérations observées sur les cadavres de ceux qui sont morts de cette même maladie.

Deuxième observation. Le même jour, à dix heures du matin, la transfusion a été faite sur la veuve Veber, âgée de soixante-cinq ans, tombée malade dans la nuit et entrée au même hôpital à huit heures du matin : yeux enfoncés, entourés d'un cercle brunâtre; joues creuses, pommettes saillantes; langue, pieds et mains froids; absence complète du pouls, vomissemens et déjections rares, présence d'esprit parfaite; elle n'avait subi d'autre médication qu'un bain de vapeur. M. Dieffembach procède à la transfusion. La médiane du bras gauche est ouverte dans la longueur d'un demi-pouce; il en sort très-peu de sang. On y introduit un tuyau de plume qui sert à injecter le sang d'un élève blond, petit, âgé de vingt-trois ans et demi. La première injection fait pénétrer une once de sang : nul effet. La deuxième autant : la malade fait alors deux inspirations un peu précipitées; un peu d'agitation dans les yeux; pas de souffrance. M. Dieffembach injecte alors dans la jugulaire gauche un gros d'eau tiède, pour s'assurer qu'il n'y a pas d'obstacle au cours du sang. La malade n'en éprouve rien. Journée tranquille; le pouls ne reparaît point, les accidens suivent leur cours, et la mort a lieu à quatre heures après midi, six heures après l'opération.

Troisième observation. Un vieillard, âgé de soixante-un ans, est atteint le 16 octobre 1831 vers le milieu de la nuit. L'artère brachiale est ouverte dans l'étendue d'un pouce, au tiers inférieur du bras. Pas une goutte de sang ne s'y trouvait, si ce n'est un petit caillot rouge, de la grosseur d'un fil à coudre. Les parois artérielles étaient nettes et blanches : présence d'esprit parfaite. La veine médiane et les autres veines de l'avant-bras étaient remplies d'un sang noir. La médiane étant ouverte, on y injecta en trois fois deux onces et demie de sang : nul effet ni douleurs, si ce n'est dans la plaie faite pour découvrir l'artère. Après la troisième injection, le pouls reparut à l'artère axillaire du bras libre; il battait soixante fois par minute; cela ne dura que cinq

minutes ; quelques contractions de l'iris, regard un peu plus assuré. Mort à midi, deux heures après l'opération.

Ces faits démontrent d'une manière évidente que la transfusion dans le choléra-morbus, non-seulement n'est pas un moyen salutaire, mais une médication mortelle. On doit louer la bonne foi des médecins qui ont le courage de publier leurs insuccès.

M. Flowrence lit un premier mémoire sur la rumination ; nous le ferons connaître avec la deuxième partie.

MM. Gambart et Schummacker sont nommés correspondans de l'Académie, section *Astronomie*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Novembre 1831.)

Lettre de la commission médicale pour la Russie, sur le choléra-morbus. — Épizootie singulière coïncidant avec le choléra. — Physionomie des cholériques. — Remèdes secrets. — Discussion sur l'accouchement par les pieds. — Torsion des artères. — Lettre de M. le baron Woght sur le choléra. — Anévrisme du cœur. — Huile de cajeput. — Auscultation et seigle ergoté dans les accouchemens.

SÉANCE DU 8. — *Correspondance de la commission médicale de Russie.* — Cette séance est en grande partie occupée par la lecture de la correspondance des commissaires désignés par l'Académie pour aller observer le choléra-morbus en Russie. Elle est du reste fort intéressante. Nous choisissons une longue lettre, adressée à M. le ministre du commerce, parce qu'elle nous paraît pouvoir tenir lieu de toutes les autres.

« Monsieur le ministre, nous sommes de retour de Moscou. Ce voyage, nous l'espérons, aura une heureuse influence sur le

but de notre mission. Le corps médical de Moscou nous a accueillis avec la plus franche cordialité, et a mis à notre disposition les précieux documens qu'il a réunis sur le choléra-morbus.

» Dès notre arrivée, nous nous rendîmes à l'hôpital de l'Ordinka, le seul qui reste pour le traitement des cholériques, et dont le service médical est confié aux soins du docteur Delaunay; là nous eûmes occasion de rassembler de nouvelles observations sur la maladie qui nous occupe, de constater l'identité de cette maladie avec celle de Pétersbourg et de Revel, et de procéder à plusieurs autopsies cadavériques avec MM. Delaunay, Markus, Janichen, etc., etc.

» L'hôpital de l'Ordinka, qui avait été destiné à ne recevoir que des cholériques lors de l'épidémie de Moscou, fut désigné et ouvert le 18 décembre 1830 (style russe), pour le traitement des individus attaqués, soit du choléra, soit de toute autre maladie.

» Depuis cette époque, ont été reçus dans cet hôpital 587 cholériques et 860 personnes atteintes de maladies diverses. Sur ces 860 malades, étrangers au choléra, pas un seul ne l'a gagné dans cet établissement, ou n'est revenu du dehors affecté de cette maladie.

» Cependant cet hôpital n'est composé que d'un seul corps de logis à trois étages, communiquant entre eux par des escaliers placés dans l'intérieur des salles : les gens de service sont les mêmes pour tous les malades : les diverses fournitures sont réparties sans aucune distinction d'individus; et le blanchissage de tout le linge se fait en commun par les mêmes personnes chargées de ce service.

» De plus, les parens des malades obtiennent la permission d'entrer dans l'hôpital. Cette mesure, qui n'a porté aucun préjudice, a paru d'autant plus nécessaire, qu'on a découvert que les gens de service spéculaient sur la crédulité des intéressés à prendre des renseignemens sur l'état des malades. Plusieurs de ces personnes ont même demandé et obtenu l'autorisation de soigner elles-mêmes leurs proches ou leurs amis; cette mesure d'humanité

a produit d'heureux effets sur l'esprit des habitans de Moscou.

» Enfin, sur 123 personnes attachées au service de l'hôpital, deux seulement ont été atteintes du choléra : ce sont un infirmier et une infirmière dont la conduite irrégulière avait été réprimandée : l'un et l'autre ont guéri.

» Voici le relevé des malades cholériques reçus à l'hôpital de l'Ordinka, depuis le mois de janvier 1831 :

Janvier.

Hommes	17	Guéris	5	Morts	12
Femmes	9	»	3	»	6
Total	26		8		18

Février.

Hommes	7	Guéris	2	Morts	5
Femmes	3	»	1	»	2
Total	10		3		7

Mars.

Hommes	4	Guéris	1	Morts	3
Femmes	5	»	3	»	2
Total	9		4		5

Avril.

Hommes	2	Guéris	»	Morts	2
Femmes	»	»	»	»	»
Total	2		»		2

Mai.

Hommes	3	Guéris	»	Morts	3
Femmes	»	»	»	»	»
Total	3		»		3

Juin.

Hommes	115	Guéris	45	Morts	70
Femmes	65	»	29	»	36
Total	180		41		106

Juillet.

Hommes	72	Guéris	31	Morts	41
Femmes	43	»	21	»	22
Totat	115		52		63

Août.

Hommes	82	Guéris	27	Morts	55
Femmes	66	»	23	»	43
Total	148		50		98

Septembre.

Hommes	20	Guéris	7	Morts	13
Femmes	14	»	5	»	9
Total	34		12		22

» Ce tableau donne une idée exacte de la marche du choléra-morbus. Cette marche saccadée, tantôt brusque et rapide, tantôt lente et presque insensible, renverse tous les calculs relatifs à sa disparition de telle ou telle cité : au mois d'avril deux malades, au mois de mai trois malades sont seulement reçus à l'hôpital. N'était-on pas fondé à regarder comme très-prochaine la cessation complète de ce fléau à Moscou? Cette croyance ne s'appliquait-elle pas sur la première invasion du choléra qui avait eu lieu sur la fin de septembre 1830, sur son degré d'intensité pendant l'hiver, enfin sur sa terminaison lors du retour de la belle saison? Ici, au contraire, il épargne en hiver pour frapper en été; et si l'on remonte à l'état de l'atmosphère, pendant le mois de juin 1831, on trouve seulement, pour expliquer ce phénomène, que

le vent d'est a dominé pendant le cours de ce mois, et que le thermomètre, chaque nuit, tombait ou à 0° ou à quelques lignes au dessous de 0°.

» Comme le choléra, sous le rapport de la propagation, a été souvent assimilé à la peste, et qu'on s'est cru même autorisé à l'appeler *choléra-morbus pestilentiel*, nous avons pensé qu'il serait convenable de recueillir l'histoire médicale de la peste qui a sévi en 1771, à Moscou, sous le règne de l'impératrice Catherine. Le docteur Markus nous a beaucoup facilité ces recherches; s'étant occupé du même sujet, il nous a indiqué et montré les sources curieuses où ces documens devaient être puisés; il est inutile d'ajouter qu'il ne peut exister aucun point d'analogie entre la marche du choléra et celle de la peste.

» Nous avons vu et réuni, avec un bien vif intérêt, toutes les pièces officielles relatives à l'organisation et aux travaux du conseil temporaire de médecine, présidé par son excellence le gouverneur général prince Dimitri de Gallitzin. Le conseil, par une conduite toujours calme, prudente et courageuse, a su préserver Moscou d'un fléau plus redoutable encore que le choléra-morbus; nous voulons parler des émeutes populaires qui ont constamment accompagné les mesures que l'on a cru répressives de la contagion.

» Au milieu de ces grandes calamités qui ont pesé sur les deux capitales de l'empire russe, nous avons vu, avec un mouvement d'orgueil national bien excusable, la médecine française dignement représentée à Moscou par le docteur Delaunay, et à Pétersbourg par le docteur Lemaire; le sentiment général de reconnaissance que leur conduite a inspiré, mérite d'être transmis à leurs familles et à leur patrie.

» Le conseil de médecine de Moscou, composé de contagionistes et de non-contagionistes, ayant examiné les faits de contagion parvenus à sa connaissance, de la part même de ses propres membres, n'en a pas trouvé un seul de concluant; de sorte qu'une commission, composée de deux membres contagionistes, d'un non-contagioniste, d'un député de l'Université,

d'un député de l'Académie médico-chirurgicale, d'un membre du physicat de la ville et du secrétaire du conseil, a pu signer, en toute conscience, un acte par lequel elle déclare « *que le choléra s'est développé à Moscou comme une maladie épidémique, » et qu'il n'existe point de preuves que cette maladie y ait été » importée par des individus malades ou par des effets.* »

» C'est également d'après les résultats fournis par de nombreuses enquêtes, que, sur vingt-quatre membres composant le conseil temporaire de médecine de Moscou, vingt-un membres se sont déclarés pour la non-contagion des marchandises

» Nous possédons aussi la déclaration remarquable des médecins d'Astracan, ville où le choléra a été observé deux fois dans l'espace de sept ans, et qui est regardée comme le foyer d'où le mal s'est répandu de toutes parts : cette pièce, qui renferme des faits aussi précieux pour la science que pour l'administration, est terminée par des conclusions qui confirment les observations faites à Moscou.

» Il en est de même des notices envoyées par les médecins de Tiflis, de , du gouvernement de Saratowf, etc., etc.

» Dans notre prochaine lettre, nous aurons l'honneur, monsieur le ministre, de vous donner un précis sur la marche, le caractère et le traitement du choléra, dans le premier quartier de l'amirauté à Pétersbourg : ces recherches ont été faites en grande partie, par ordre du curateur de ce quartier, S. Exc. M. le sénateur d'Ouwaroff, président de l'Académie des sciences ; elles viendront, s'il était possible, donner un nouveau poids à toutes celles que nous avons mentionnées.

» Voici, monsieur le ministre, la route que nous allons suivre pour retourner en France : nous allons passer deux jours à Cronstadt, pour observer les malades cholériques qui s'y trouvent ; nous reviendrons à Pétersbourg pour nous diriger sur Berlin ; nous passerons par les principales villes où le choléra s'est développé, afin de recueillir de nouveaux renseignemens sur la marche de cette maladie.

» Nous nous arrêterons quelques jours à Berlin pour visiter les

hôpitaux, et conférer avec les médecins de ces établissemens : puis, nous nous dirigerons de suite sur Paris.

» Si le choléra se rapprochait de nos frontières, nous nous porterions sur les endroits menacés, attendant les ordres que vous voudriez bien nous transmettre.

» Nous n'avons point encore écrit à l'Académie royale de médecine, espérant, monsieur le ministre, que vous aurez la bonté de lui communiquer les passages de nos lettres qui peuvent l'intéresser.

» Nous avons l'honneur, etc.,

» *Signé :* GAIMARD, Auguste GIRARDIN. »

Après cette lecture, M. Londe reprend la communication commencée dans la dernière séance. Telle est la prévention de l'esprit de système qu'un académicien fort éclairé, M. Capuron, croit pouvoir établir la plus grande analogie entre la gastrite et le choléra. Soit, dit-il, que je considère les causes, soit que je considère les symptômes et le résultat des ouvertures des corps, cette analogie est frappante. M. Broussais n'y aurait jamais pensé.

—M. Itard désire d'être éclairé sur deux points. L'on parle de dysenterie qui a précédé le choléra : cette dysenterie *s'est-elle* montrée partout? des villages ont été préservés : comment l'ont-ils été?

Sur le premier point, M. Londe répond que, dans les lieux salubres, on n'a presque pas vu le choléra, mais la dysenterie; on y a vu de plus une épizootie très-singulière sur la volaille, particulièrement sur les oies. Ces animaux mouraient par centaines.

Sur le second point, il dit que les villages préservés n'ont dû cet avantage qu'à la propreté et à l'assainissement des cloaques.

—M. Castel revient sur ce qu'a dit M. Londe touchant des malades sur lesquels on avait observé des mouvemens après la mort. On a conclu de là qu'on avait enterré des individus encore vivans. Cette conclusion peut être fausse, dit M. Castel; car l'irritabilité survit quelquefois à la vie générale.

Tableaux représentant la physionomie des cholériques. M. Dalmas, l'un des commissaires de Pologne, met sous les yeux du conseil quatre de ces tableaux où il a peint l'aspect que prennent les cholériques dans les différens degrés de leurs maladies.

Séance du 15. — *Décès.* L'Académie a réservé un certain nombre d'exemplaires de son rapport sur le choléra pour ses correspondans; mais, dans l'ignorance où elle est des pertes qu'elle a faites dans leurs rangs, M. le président lit en séance la liste entière, avec prière aux académiciens de signaler ceux de leurs collègues des départemens qui ne sont plus. Il résulte de ces renseignemens que la mort a enlevé jusqu'à ce jour vingt-cinq correspondans nationaux et un associé étranger, M. Rolando de Turin.

La commission des *remèdes secrets* prend la parole et propose le rejet, 1° de l'onguent du sieur Poupier, contre les maladies de la peau; 2° de la pommade du sieur Fournier, de Paris; 3° de la pommade de M. Thourin, contre la gale; 4° du remède de la dame Blondel, contre la goutte; 5° de la pommade anti-laiteuse du sieur Delestie; 6° de la pommade du sieur Michalet, contre la gale.

Accouchement par les pieds. M. Baudelocque neveu a soumis à l'examen de l'Académie un mémoire où il expose un nouveau procédé pour conserver la vie à l'enfant, dans l'accouchement par les pieds, les genoux et les fesses. On sait que, dans ces espèces d'accouchemens, la vie des enfans est assez souvent compromise. M. Baudelocque croit que le danger tient à la compression du cordon ombilical, laquelle suspend la circulation de la mère à l'enfant, ce qui produit toujours une congestion du cerveau ou du foie.

M. Baudelocque propose en pareille occurrence de couper le cordon ombilical et de faire pénétrer de l'air dans l'intérieur de l'utérus et dans les poumons de l'enfant au moyen d'une longue sonde et d'une canule.

Le rapporteur, M. Hervez de Chégoin, est d'un autre sentiment; il ne croit pas que la circulation de la mère à l'enfant soit

suspendue par l'effet de la compression du cordon, mais bien par le décollement du placenta, et il a peine à comprendre que, dans ce cas, l'enfant perdant beaucoup de sang, meure d'apoplexie plutôt que de syncope, ou d'anémie.

M. Capuron pense que, dans les accouchemens par la tête, en raison de la compression que souffre cette partie et de celle que la matrice fait éprouver au tronc, le sang est refoulé vers la tête, et il en résulte, selon lui, une apoplexie apparente, tandis que, dans l'accouchement par les pieds, cette apparence n'a pas lieu, malgré la compression du cordon.

M. Hervez partage le sentiment de M. Capuron, quoiqu'il soit à sa connaissance que de graves auteurs disent tout le contraire : *adhuc sub judice lis est.*

Torsion des artères. M. Amussat présente, à la fin de la séance, un enfant de sept ans, auquel il a amputé la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Toujours plus attaché à son système de torsion, il a tordu les artères au lieu de les lier, et quoique les bandelettes avec lesquelles il avait tenté la réunion immédiate se soient décollées, quoique la plaie soit restée béante, il n'y a pas eu la moindre hémorrhagie. M. Amussat profite de l'occasion pour faire l'éloge de sa découverte ; elle est fondée, dit-il, sur l'organisation des artères, et doit offrir plus de solidité que la ligature, parce que, lorsqu'elle est bien faite, le sang est arrêté par deux obstacles : l'un est le bouchon formé par les membranes internes refoulées ; l'autre est la membrane celluleuse qui à l'extérieur fait fonction de ligature. Toutes les objections qu'on a faites contre la torsion ont d'ailleurs autant et plus de force contre la ligature.

M. Amussat se plaît à en signaler les avantages : elle n'exige pas le secours d'un aide ; elle n'expose pas à voir une hémorrhagie secondaire ; elle peut se pratiquer à de grandes profondeurs ; enfin elle se fait sans l'intervention d'un corps étranger.

Ce dernier avantage serait sans contredit le plus grand, à cause de la facilité qu'elle donnerait pour opérer la réunion immédiate

si désirable dans tous les cas ; dans tous les cas, je le répète ; car le précepte de faire suppurer le moignon, après de certaines amputations, sous le prétexte de prévenir une répercussion ou d'établir un point de révulsion, ce précepte est le fruit d'une théorie mensongère ; il n'a pas pour lui la pratique. En fait, il y a certainement plus d'inflammations viscérales après la réunion médiate qu'après la réunion immédiate ; en théorie, cela doit être, à cause de la répétition de l'inflammation, phénomène bien plus positif, bien plus certain que la révulsion.

En envisageant la torsion dans l'unique vue d'arrêter le sang, je lui préférerais la ligature, parce qu'elle a pour elle une plus longue expérience ; en l'envisageant dans ses conséquences, et notamment dans ses rapports avec la réunion immédiate, j'aurais cru qu'elle avait le pas sur la ligature. Telle a été aussi la première pensée d'un homme à qui je ne reconnais pas de supérieur en chirurgie, et je doute qu'il ait beaucoup de rivaux ; je veux parler de M. le professeur Delpech, hommage d'autant plus désintéressé de ma part que je n'ai pas toujours eu à me louer de sa bienveillance.

Or, ce rare génie, après avoir conseillé la torsion des artères comme un des plus puissans auxiliaires de la réunion immédiate de toute plaie récente, a changé de sentiment en passant à la pratique. (*Voyez* l'avant-dernier cahier de la *Revue médicale*, pages 62 et suivantes de ce tome.) Mais nous devons dire, pour être juste, que M. Amussat attribue les accidens dont M. Delpech accuse la torsion au point de suture dont il l'a fait suivre.

SÉANCE DU 22. — *Choléra. — Lettre écrite de Hambourg ;* par M. le baron VOGHT, à M. le baron DE GÉRANDO, conseiller d'état (14 novembre 1831) :

« Je reçois, mon bon ami, votre lettre du 3 novembre. Je remettrai au ministre de France, M. Roth, l'ensemble des ordonnances et instructions relatives au choléra-morbus, qui ont

été publiées par le sénat de Hambourg. J'y joins une brochure du docteur Friche, président du collége médical sanitaire, qui rend un compte très-exact des progrès et de la nature de la maladie jusqu'au 15 octobre. Vous verrez qu'ici, comme partout, les cordons et les quarantaines ont été inutiles : mille exemples ont prouvé partout, comme ici, qu'il n'y a que les personnes particulièrement prédisposées qui ont été attaquées en très-petit nombre dans des hôpitaux, des casernes, etc., où ses effets auraient dû être violens. Les premières personnes attaquées ici l'ont été à la fois dans différens quartiers et sans aucune communication entre elles ou avec le dehors. Elle nous est arrivée de Prautenau, à quelques milles de Berlin, à 28 milles de Hambourg, sans avoir touché un seul endroit en route. Les neuf dixièmes des personnes attaquées ici étaient des hommes et des femmes de mauvaise vie, et buveurs d'eau-de-vie. L'on a donc très-grand tort de faire beaucoup de mal à un pays par des précautions qui seraient encore inutiles si même la contagion existait, puisque sur toute la frontière les contrebandiers sauraient faire entrer ceux qui y auraient un grand intérêt. Vous rendez donc un grand service, en empêchant ces précautions coûteuses et ruineuses.

» Je pense aussi que c'est là l'opinion du docteur Cloquet, que le gouvernement avait envoyé ici, et que j'ai eu le plaisir de voir. Il est convenu avec moi que tout ce que l'on savait sur la marche de la maladie, c'est qu'elle cherche les grandes masses, qu'elle a suivi les caravanes, les grandes routes, le cours des fleuves. Si donc l'on ne peut pas empêcher l'arrivée de la maladie, il est d'autant plus nécessaire de se préparer à la bien recevoir; et c'est ce que notre sénat a fait d'une manière normale. Le docteur Cloquet en a témoigné sa vive satisfaction. Une population de cent vingt mille âmes a été divisée en douze arrondissemens; chaque arrondissement divisé en douze sections. Dans chaque arrondissement et section, il y a un médecin, un chirurgien et un citoyen de nos premières familles constamment de garde. On a instruit le public des rues, afin que chaque malade attaqué puisse dans une demi-heure avoir les secours nécessaires, si ef-

ficaces dans les premiers momens. Quatre cents lits ont été prêts dans deux hôpitaux, tenus avec une propreté et un soin extrêmes. Une nièce de notre ami Sieveking, avec un courage et une vertu fort rare, s'est laissée enfermer dans un de ces hôpitaux, dans un temps où l'on était beaucoup moins convaincu qu'actuellement de la non-contagiosité, pour surveiller et assister les garde-malades. Dès que la maladie s'est déclarée à Dantzik et paraissait s'approcher, l'on a instruit le public sur le régime à tenir pour avoir presque la certitude de ne pas se donner cette prédisposition qui appelle la maladie. Une souscription s'est ouverte qui, dans vingt-quatre heures, a réuni soixante mille francs, pour secourir les veuves et les enfans des victimes de la maladie, payer des loyers, fournir des vêtemens là où cela était nécessaire, pour se garantir de la maladie. Le succès a été parfait.

» Depuis le 9 octobre jusqu'au 13 novembre, pendant trente-cinq jours, sur 713 malades, il y a eu 405 morts; partout ailleurs il en est mort les deux tiers.

» La grande mortalité n'a eu lieu ici que dans la seconde semaine, où, sur 50 malades par jour, il en mourait 24, et quatre étaient guéris. Le 13 novembre, 10 malades attaqués, 5 morts, 15 guéris. Je pense que nos médecins, aidés par toutes ces précautions, sont effectivement maîtres de la maladie, qui, à ce que je crois, s'est singulièrement mitigée en avançant vers l'ouest dans notre latitude. Ce n'est donc plus une calamité si effrayante. Vous verrez dans la note ci-incluse combien les victimes ont diminué depuis Lemberg, où sur 1,000 habitans il en mourait 57; à Berlin, 5 1/3; chez nous, dans vingt-huit jours, 2. Nous n'arriverons pas à 5 pendant la durée de la maladie. Aussi toutes les sages précautions prises ont été huit fois plus fortes qu'il ne s'est trouvé nécessaire. Des quatre cents lits dans les hôpitaux, il n'y en a jamais eu plus de quarante d'employés. Puisse tout cela, mon cher ami, vous être utile. En dernier résultat, *il faut faire peu ou rien contre la maladie et beaucoup pour les malades.* Il faut se garder de croire à un remède spécifique. *Il faut guérir le malade, et non la maladie,*

qui, au reste, deviendra endémique, comme plusieurs espèces de *typhus*, rougeoles, etc. La terreur de la maladie a eu un excellent effet sur la moralité publique. Si ce changement pouvait être doublé, je serais tenté de regarder le choléra comme un bienfait du ciel.

» Aujourd'hui, il n'y a eu que 6 nouveaux malades, 7 guéris, 4 morts; à Berlin, le 12 novembre, 7 malades, 7 guéris, 5 morts. La maladie s'est singulièrement mitigée. Je n'ai pas besoin de vous dire que les spectacles, la bourse, etc., ont été aussi nombreux que de coutume. »

Atrophie de la racine d'une dent molaire. Observation de M. Le Saing, dentiste à Nancy. — M. Duval rend compte de cette observation, dont il suffit d'énoncer le titre pour savoir ce qu'elle contient. Toutefois, cet accident est assez rare pour justifier l'hommage de M. Le Saing; il y en a pourtant plusieurs exemples, et M. Duval rappelle à ce sujet celui qu'il a présenté à la Faculté de médecine. L'atrophie était apparente même à la couronne de la dent.

Anévrysme du cœur et de l'artère aorte. Observation de M. Vernhes, de Rabastens. Rapport de M. Gasc. — Le sujet de cette observation est un médecin à grande réputation dans sa contrée; c'est assez dire la vie qu'il menait, ce qui n'est pas inutile à l'idée qu'il convient de se faire de la nature de sa maladie. M. Vernhes prend son malade quarante jours avant sa mort, et divise, un peu arbitrairement peut-être, cet espace de temps en six périodes. Il est probable cependant que la maladie remontait bien plus haut; mais il paraît qu'elle n'avait arrêté celui qui la portait que quarante jours avant qu'elle ne l'enlevât. Ce qui prouve qu'elle était déjà fort ancienne, c'est que nous trouvons parmi les symptômes de la première période un *commencement d'œdématie des extrémités inférieures*, signe certain d'une lésion chronique et avancée. Il est inutile de poursuivre la description d'une maladie fort commune et fort connue. Nous dirons seulement que vers la fin la dilatation du cœur parvint à déformer la poitrine et à la faire saillir en

bosse. M. Vernhes ne nous dit pas l'état où il la trouva à l'ouverture du corps ; il est vrai que le malade avait désigné lui-même les parties qu'il livrait au scalpel ; il se peut que le respect pour la volonté du défunt ait retenu le zèle éclairé de M. Vernhes. Le cœur était énorme, et pouvait justifier l'expression de *cor bovinum* par laquelle quelques auteurs ont désigné le développement excessif de cet organe. Le ventricule gauche avait dix pouces vingt lignes en largeur, et six pouces de la pointe à la base. L'aorte était également très-dilatée, et cette dilatation s'étendait au delà de la courbure du vaisseau. Les exemples du même genre ne sont pas rares. Lancisi parle d'un homme dont le cœur avait trois fois le volume naturel. Au rapport de Morgagni, on a trouvé cet organe, sur un homme de 65 ans, plus gros que celui d'un bœuf, etc.

Quel est l'état de la trachée-artère dans ces grands désordres ? Souvent elle est déviée, comprimée, quelquefois elle est *usée*. M. Gasc a vu, après M. Corvisart, un anévrysme qui se rompit à travers les cerceaux de la trachée, et suffoqua subitement le malade. M. Boyer a fait la même observation ; et M. Dupuytren a vu l'hémorrhagie se faire dans l'œsophage, ce qui est beaucoup plus rare, précisément parce que l'œsophage, organe charnu et mou, se laisse refouler, déplacer, sans offrir de résistance.

Quoi qu'il en soit, le rapporteur rend hommage au talent de M. Vernhes, l'un des plus fidèles correspondans de l'académie. La compagnie a remarqué ses travaux : plusieurs fois, elle l'a fait porter sur la liste des candidats aux places de correspondant ; malheureusement elle n'a pas fait de nominations depuis long-temps ; sans cela, il est plus que probable que notre honorable confrère jouirait d'un titre que lui méritent son zèle et ses talens.

SÉANCE DU 25. — *Huile de cajeput.* M. Chantourelle, qui le premier a fait connaître les effets de l'huile de cajeput dans le choléra, revient sur ce sujet. Il rappelle les observations de

M. Sanson, envoyé tout exprès à Berlin pour étudier le traitement du choléra. Et à ce propos, je dirai que si les médecins qui se sont rendus sur les théâtres de l'épidémie se fussent divisé le travail, si l'un se fût chargé de la question de la contagion, un autre du résultat des ouvertures des corps, un autre de la symptomatologie, etc., nous serions peut-être plus avancés que nous ne le sommes. Quoi qu'il en soit, M. Chantourelle établit que, des observations de M. Sanson, déjà cité, et de celles de MM. Strebel et Bremer, il résulte que de 43 malades, traités par l'huile de cajeput, 39 sont guéris et 4 seulement sont morts. Résultat magnifique, s'il est confirmé, ce dont je doute fort. Du reste, la faculté que possède ce médicament de susciter une forte réaction et de pousser à la peau, semble le rendre très-précieux dans une maladie où toutes les forces se concentrent à l'intérieur. Il se donne à la dose de 25 gouttes dans une tasse de thé chaud ou dans un verre de vin; s'il est vomi, on y revient à 40 gouttes : on y revient encore une demi-heure après. Rarement va-t-on à une quatrième dose.

Considération sur l'importance de l'auscultation appliquée à la pratique des accouchemens, et quelques mots sur l'emploi du seigle ergoté, par M. Bodson. Rapport de M. S. Dubois. — Le rapport dont nous avons à rendre compte n'est pas un rapport ordinaire; c'est un mémoire, c'est un travail original et plein d'intérêt. — « M Bodson, dit le rapporteur, avait pensé que non-seulement l'auscultation pouvait rendre plus facile le diagnostic de la grossesse, et instruire l'accoucheur de la vie ou de la mort du fœtus, mais qu'en permettant d'entendre les doubles battemens du cœur pendant toute la durée de l'enfantement, le stéthoscope devait, durant un travail long et pénible, donner les moyens d'observer les nuances de force ou d'affaiblissement, de lenteur ou de rapidité que peut alors offrir la circulation intrà-utérine; d'apprécier par conséquent les circonstances favorables ou fâcheuses dans lesquelles se trouve le fœtus, et de s'éclairer par elles sur l'opportunité d'agir ou d'attendre, de hâter la délivrance ou de l'abandonner aux efforts naturels.

M. le rapporteur fait observer que de ces diverses conséquences, les unes appartiennent à d'autres exprimentateurs, les autres ne peuvent être admises qu'autant qu'elles auront été confirmées par de nouvelles recherches, et qu'il n'en est aucune enfin qui puisse rigoureusement se déduire des faits qui les précèdent.

Il fait observer que les expériences de M. Bodson ne prouvent autre chose, si ce n'est que les pulsations du cœur du fœtus peuvent être entendues à travers les parois abdominales et utérines, que dans ces sens elles ne sont que la confirmation d'une vérité déja connue, mais qu'elles ne démontrent pas l'utilité de la proposition de M. Bodson, car elles ne paraissent pas avoir utilement influé sur la conduite de l'accoucheur, et dans un cas d'incertitude, l'avoir décidé à agir ou à attendre.

La proposition de notre confrère restant donc dénuée de preuves, les commissaires ont pensé qu'elle était digne d'un sérieux examen; et cet examen a conduit leur rapporteur a soumettre à de nouvelles épreuves le moyen d'investigation dont M. Bodson a fait l'objet de son mémoire.

M. P. Dubois rappelle d'abord les services rendus à la science par notre collègue M. de Kergaradec, et les points que ses premiers travaux avaient encore laissés dans l'incertitude.

Les recherches de M. le rapporteur paraissent avoir eu pour but de constater le nombre de femmes enceintes ou en travail, chez lesquelles il est possible d'entendre les doubles battemens du cœur du fœtus, ou les battemens avec souffle; de déterminer la force et le rhythme des pulsations du cœur fœtal, l'époque précise de la grossesse à laquelle il est possible d'entendre pour la première fois les pulsations et les battemens avec souffle; l'utilité de l'auscultation appliquée au diagnostic des positions de l'enfant; les résultats qui peuvent être obtenus de ce moyen d'investigation dans le cas de grossesse multiple; l'influence que le trouble de la circulation maternelle, ou les commotions morales éprouvées pas la mère, peuvent exercer sur la circulation du fœtus; enfin le siège réel et les causes des battemens avec

souffle, ainsi que la valeur de ce phénomène dans le diagnostic de la grossesse.

Après avoir exposé les résultats de ses nombreuses recherches, M. le Rapporteur ajoute; *s'il nous était permis de regarder comme constans les résultats obtenus par nos expériences, voici les conclusions que nous pourrions rigoureusement en déduire :*

1° Il est possible de reconnaître à l'aide de l'aussultation, les doubles battemens du cœur du fœtus chez toutes les femmes en travail, quand le fœtus est vivant, le sixième mois de la grossesse écoulé, les membranes rompues et une portion du liquide amniotique évacuée. Chez presque toutes, le souffle utérin peut être entendu, pourvu que la recherche de ce bruit ne soit pas faite pendant la contraction utérine qui le suspend quand elle est énergique et complète.

2° Le fœtus peut être considéré comme mort toutes les fois que dans les circonstances favorables que nous venons d'indiquer, les pulsations du cœur n'ont pu être reconnues après des recherches fort attentives et souvent répétées; la persistance du souffle utérin dans ce cas, ne dément pas cette présomption.

3° Les mêmes résultats peuvent être obtenus de l'auscultation pendant la grossesse après le sixième mois ou pendant le premier temps du travail avant la rupture des membranes; cependant les explorations peuvent être alors infructueuses dans la proportion de 10 à 196 pour les battemens du cœur fœtal, mais dans une proportion moins favorable pour le souffle utérin.

4° L'application du stéthoscope ou de l'oreille peut presque toujours faire reconnaîtreles doubles battemens et les pulsations avec souffle entre le quatrième mois et demi de la gestation et la fin du sixième. Cependant les investigations demandent à être plus souvent répétées pour les battemens de cœur; il n'en est pas exactement de même pour le souffle utérin, qui souvent à cette époque sert plus au diagnostic de la grossesse que les doubles battemens eux-mêmes.

5° Ce n'est qu'au quatrième mois et demi de la grossesse que les pulsations du cœur du fœtus peuvent être distinctement re-

connues; le souffle utérin peut l'être une ou deux semaines à peu près avant cette époque; ce phénomène serait donc le premier indice certain de la grossesse.

6° La force des doubles battemens est généralement en rapport avec la vigueur et le développement des fœtus; toutefois, les exceptions à cet égard sont extrêmement nombreuses.

7° Les pulsations du cœur, chez le fœtus, se reproduisent ordinairement de cent quarante à cent cinquante fois par minute; mais elles peuvent offrir, chez plusieurs, des variations accidentelles dans leur intensité, et chez presque tous, des variations notables, mais momentanées, dans leur rhythme.

8° Ce n'est pas la région dorsale du fœtus seulement, mais les diverses régions de la poitrine et probablement quelques autres parties encore qui transmettent l'impression des doubles battemens; cette circonstance, en rendant pénible la perception des pulsations du cœur, dans quelque position que se trouve le fœtus, s'oppose cependant à ce que l'on puisse déterminer avec exactitude ses rapports réels avec la matrice et le bassin.

9° L'auscultation, dans le cas de grossesse multiple, ne paraît devoir éclairer, ordinairement du moins, sur la présence de plusieurs enfans dans la cavité utérine, que pendant le travail et après la rupture de l'une des poches membraneuses.

10° Le trouble de la circulation maternelle, quand il ne consiste qu'en une accélération du mouvement circulatoire, et les commotions morales qu'éprouve la mère, ne semblent pas influencer la circulation fœtale.

11° Les battemens avec souffle n'ont pas leur siége dans les vaisseaux du placenta, mais dans l'appareil vasculaire de l'utérus; ils sont généralement plus forts vers les points correspondans à l'insertion du délivre, parce qu'en ces points le tissu vasculaire de l'utérus est plus développé. Cependant, le développement des vaisseaux utérins, n'étant pas exclusivement limité à ce dernier endroit, les battemens avec souffle peuvent être entendus sur des points de la matrice qui n'ont aucune connexion avec le placenta.

12° Enfin le souffle utérin est tout-à-fait analogue au bruit de soufflet produit dans la varice anévrysmale, l'anévrysme variqueux et très-probablement aussi dans les tissus érectiles accidentels qui offrent un bruissement. Il est déterminé par les mêmes causes, c'est-à-dire, sans doute, par le passage direct du sang dans le système veineux, et par le mélange de colonnes liquides qui, au moment même de leur rencontre, n'ont dans leur marche ni la même rapidité, ni la même direction.

Après ces conclusions, M. le rapporteur examine le mérite de l'application nouvelle que M. Bodson a proposé de faire de l'auscultation à la pratique des accouchemens; il fait remarquer d'abord que la circulation fœtale est loin de présenter toujours, quand elle s'entend à travers les parois abdominales et extérieures, un degré de force assez prononcé pour qu'on puisse facilement en apprécier toutes les nuances, si elle venait à s'affaiblir; que, d'un autre côté, ces pulsations offrent souvent dans leur intensité et dans leur rhythme des variations naturelles qui ne peuvent être considérées comme des preuves d'altération dans la santé du fœtus. M. le rapporteur ne nie pas pourtant que, dans quelques circonstances, il ne soit possible de suivre presque pas à pas toutes les nuances que peut offrir la circulation *fœtale* avant de s'éteindre, et il en cite un cas très-remarquable; mais il pense que ce cas ne peut servir de règle. Cette observation le conduit à examiner à fond la proposition de notre confrère.

M. le rapporteur rappelle que les phénomènes de la vie sont loin d'être les mêmes dans tous les êtres organisés; que le fœtus à terme occupe, à beaucoup d'égards du moins, l'un des nombreux degrés intermédiaires entre l'organisation la plus simple et l'organisation la plus compliquée; que les actes de la vie ne sont pas ceux de l'homme adulte, et que les modifications accidentelles qu'ils éprouvent ne peuvent pas être jugés de la même manière. La circulation, qui constitue essentiellement la vie fœtale, n'est pas pendant la gestation soumise à l'influence du cerveau : en effet, les altérations graves que cet organe éprouve assez souvent pendant le cours de la grossesse, n'empêchent pas la circulation

d'être entretenue jusqu'à l'époque ordinaire de la naissance, ou presque jusqu'à cette époque. Mais ces altérations ne sont pas les seules qui puissent après l'accouchement empêcher l'exercice de la vie extra-utérine. Il en est quelques-unes qui résultent des efforts même du travail, lorsqu'il s'est trop prolongé, et lorsque les contractions utérines presque immédiatement exercées sur le corps du fœtus ont interrompu la circulation dans le cordon ombilical ou dans le placenta. Celles-ci placent le cerveau dans les mêmes conditions fâcheuses que celles qui résultent des affections congéniales précédemment indiquées; comme ces dernières, en effet, elles condamnent le cerveau à une mortelle inaction après la naissance. Ces désordres cependant peuvent ne pas influencer la circulation fœtale; et des cas cités par M. le rapporteur ne permettent pas de douter que la circulation ne puisse continuer encore, quoique le cerveau soit déjà mortellement atteint. Aussi arrive-t-il à cette conclusion, que la persistance de la circulation extra-utérine ne prouve autre chose, quand le stéthoscope en a donné la certitude pendant un travail long et pénible, si ce n'est la persistance de la vie fœtale, et qu'elle n'établit qu'une présomption en faveur de la possibilité de la vie après la naissance; que ce n'est pas dès lors dans l'état de la circulation intra-utérine qu'il faut chercher des raisons pour agir ou pour attendre, parce qu'indépendante du cerveau, elle ne pourrait nous indiquer les désordres déjà produits par la prolongation ou par les accidens du travail, que quand il serait trop tard pour y remédier.

A ces considérations, M. le rapporteur croit devoir en ajouter une autre qui s'applique à la mère, c'est que la proposition émise par M. Bodson, ou du moins la manière dont il l'a produite, et l'importance qu'il paraît y attacher, peuvent donner lieu de penser qu'il a été exclusivement préoccupé des intérêts des fœtus; car si l'on prenait pour règle de conduite celle qu'il a indiquée, on sacrifierait trop souvent les intérêts de la mère à ceux de l'enfant.

Le Mémoire de M. Bodson se termine par quelques réflexions sur l'emploi du seigle ergoté; MM. les commissaires ont jugé

qu'après les controverses nombreuses et récentes dont ce médicament a été le sujet dans le sein même de l'Académie, ils pouvaient se dispenser d'en parler encore. B.

VARIÉTÉS.

NOTICE NÉCROLOGIQUE SUR LEGALLOIS.

Eugène Legallois naquit à Paris en 1804. Il était fils du célèbre Legallois, dont les travaux physiologiques ont à la fois tant d'exactitude et d'originalité, et qui fut enlevé trop tôt à une science qu'il cultivait avec un esprit plus large que les vivisecteurs de nos jours, qui pèsent les phénomènes physiologiques, comme un anatomiste mesure les formes du cadavre qu'il dissèque.

Eugène Legallois, élevé dans les colléges de Paris, se distingua dans ses études, et, à l'âge de dix-sept ans, il entra dans la carrière de la médecine. Une vocation déterminée le portait à embrasser notre profession; cette vocation peut-être avait été développée par le souvenir de la gloire de son père, et surtout, comme il me l'a dit souvent, par le désir qu'il avait d'achever des travaux que son père avait commencés, et qu'il regardait comme les plus importans qu'il eût jamais conçus.

Après un an d'études, il fut reçu externe des hôpitaux de Paris, et bientôt l'illustre Laennec le fit entrer à l'hôpital de la Charité en qualité d'aide de clinique médicale. Ce fut sous les yeux de ce grand observateur que Legallois sentit se développer ses idées médicales, et que, bien jeune encore, il étonna souvent Laennec par la finesse et la portée de ses vues.

Cependant ses goûts héréditaires le portaient avec un attrait particulier vers l'étude de la physiologie expérimentale; aussi

profita-t-il de l'amitié de M. Esquirol pour entrer, avec un modeste mais utile emploi, à la maison Royale de Charenton. La proximité de l'école vétérinaire d'Alfort lui promettait d'abondantes ressources pour continuer ses études favorites. En effet, il se livra avec ardeur à la physiologie et à la pathologie expérimentales, et fit d'intéressantes recherches sur les altérations que le sang des animaux subit dans diverses maladies. Les premiers résultats de ces travaux sont consignés dans un mémoire qu'il lut à l'Académie de médecine, et publia ensuite dans les journaux. A la maison des aliénés de Charenton, il put, sous les yeux de M. Esquirol, recueillir de nombreuses observations qui lui permirent d'appliquer à l'homme les résultats de ses expériences sur les animaux.

Il quitta Charenton en 1830, et vint demeurer à Paris chez M. Esquirol, dont la bienveillante amitié est une providence pour tous ceux de ses élèves que les travaux scientifiques distraient du soin de leur fortune.

A la fin de 1830, Legallois fut nommé médecin de l'hôpital de Saint-Mandé. C'était une récompense que l'administration des hospices de Paris accordait à la mémoire du père et aux espérances brillantes que donnait le fils.

Ce fut pour Legallois un grand bonheur, de trouver dans ce nouvel emploi les moyens de poursuivre ses utiles travaux, avec moins d'inquiétude pour son avenir, et surtout pour celui de sa mère, pauvre et infirme, dont il consolait et soutenait la vieillesse.

Cependant un fléau terrible s'avançait à grands pas vers la France, il venait d'envahir la Pologne au milieu des désastres de la guerre qu'elle soutenait contre la Russie. Legallois, jaloux d'acquérir des connaissances nouvelles, et en même temps de contribuer par ses services à l'affranchissement d'une glorieuse nation, sollicita du comité polonais l'honneur dangereux d'être envoyé à Varsovie, et il partit avec M. Brierre de Boismont.

La vie des camps et des hôpitaux militaires convenait peu à sa constitution délicate et depuis long-temps altérée par de pénibles

études. Legallois fut pris du typhus au milieu des malades qu'il consolait et qu'il soignait. Il ne se rétablit pas complètement, et pendant sa convalescence, il ressentit les premières atteintes de la phthisie pulmonaire, à laquelle il succomba au moment, où plein d'espérances, il revenait dans sa patrie.

Legallois laisse de nombreux amis qui le regretteront long-temps. La science perd en lui un disciple fervent et consciencieux, qui, mûri par l'âge, et moins dominé par la vivacité de l'imagination, eût certainement réalisé les espérances brillantes que ses premiers travaux avaient fait concevoir (1).

TROUSSEAU.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon, depuis le 11 *août* 1828 *jusqu'au* 9 *août* 1830; par Alph. DUPASQUIER, secrétaire général.

On croyait dans le 16e siècle; on commençait à douter dans le 17e; on niait à la fin du 18e. Aujourd'hui que, fuyant le ridicule de la

(1) Outre de nombreux articles d'analyse, aussi remarquables par le fond des pensées que par l'élégance et la vivacité du style, Legallois avait publié dans la *Revue médicale* quelques mémoires originaux sous les titres suivans. — Aperçu sur quelques maladies qui paraissent consécutives à une affection du nerf trisplanchnique. 1826, tome 2, page 418. — Observations sur une forme insidieuse de la fièvre puerpérale. 1830, tome 4, page 330. — Observation de cancer de la verge et de matière squirrheuse dans le cœur. Ibid., page 423. Quel plus digne éloge d'une si courte vie que le souvenir de ce qu'elle avait déjà produit pour le bien de l'humanité!

(*Note du rédacteur de la Revue médicale.*)

crédulité, nous craignons cependant le vide de la négation et la nullité du doute, la politique a trouvé le *juste-milieu*, et quelques médecins se vantent d'avoir découvert l'*éclectisme*. Mais, comme on l'a dit avec juste raison, si l'éclectisme consiste à accepter tous les faits positifs quelle qu'en puisse être d'ailleurs l'interprétation systématique, qu'est-ce autre chose que l'*empirisme?* Empirisme raisonné si l'on veut, mais qui est, a toujours été, et sera toujours la règle de conduite du praticien judicieux à quelque école qu'il appartienne. Les systématiques, eux-mêmes, ne le rejettent pas entièrement: témoin M. Broussais lui-même, qu'on n'accusera pas sans doute d'arborer les bannières de l'*absurde éclectisme* (comme il le nomme avec cette urbanité d'expression qui lui est propre), et qui cependant admet, comme un autre, les faits positifs, quoique rebelles à son système. C'est ainsi qu'il reconnaît l'efficacité du quinquina contre les fièvres intermittentes, du tartre stibié à haute dose dans la pneumonie, etc., etc. Après cela, que M. Dupasquier proclame les progrès de l'*éclectisme*, qui s'élève de plus en plus sur les ruines de la médecine *physiologique*, en s'efforçant toutefois de rapporter à celle-ci les principaux élémens de celui-là, il ne fait que reconnaître, selon nous, que beaucoup d'*organistes*, d'*anatomo-pathologistes*, d'*arithméticiens* et même d'*éclectiques* modernes, ne sont que des *physiologistes déguisés*, ce qui déjà a été surabondamment prouvé dans plusieurs articles polémiques de ce journal. — Mais, laissons là les systèmes: c'est surtout par les faits que se recommande le dernier compte rendu de la Société de Lyon, ainsi que les précédens. On y trouve le résumé d'une foule d'observations précieuses, dont nous ne pouvons, dans cette courte notice, indiquer sommairement qu'un très-petit nombre. Ainsi, un exemple nouveau de guérison naturelle de la *cataracte* par abaissement spontané du cristallin; des remarques de M. *Gensoul* qui a vu plusieurs fois des *polypes utérins* se détacher complètement (par un travail d'inflammation et de désorganisation), quoique la ligature destinée à en étreindre le pédicule n'eût pu être placée que sur un point assez distant de leur racine; une observation de dégénération *squirrheuse*, ou mieux *fibreuse* du placenta; un exemple de guérison par injection ~~d'une~~ tumeur enkystée de l'ovaire (non sans accidens inflammatoires assez sérieux); de nouveaux cas de *rougeoles* SANS ÉRUPTION, observés dans quelques épidémies; de nouvelles tentatives d'inoculation de cette maladie faites vainement, quoique sur un assez grand nombre de sujets; un examen critique très-judicieux du fameux rapport académique sur la *fièvre jaune*,

évidemment fait en haine des académiciens *contagionistes* (car, hélas! dans ce siècle haineux, il y a de la passion même à l'Académie!); plusieurs observations fort curieuses de *fièvres intermittentes hémorrhagiques* (hémoptysie, épistaxis, *purpura hæmorrhagica*), guéries par le quinquina ou le sulfate de quinine; quelques nouveaux cas de *rhumatismes* traités avec succès par l'administration de l'opium, soit par la bouche, soit en lavement (1); un exemple remarquable de *toux convulsive* symptomatique de la présence d'un calcul urinaire, chez un enfant; plusieurs observations qui prouvent qu'on a beaucoup exagéré, dans ces derniers temps, les dangers d'un traitement mercuriel administré pendant la grossesse, etc., etc.: voilà un faible échantillon des richesses pratiques accumulées dans le *compte rendu de la Société de médecine de Lyon*. G.

---

(1) M. Trousseau vient de publier une série d'observations propres à démontrer l'efficacité des préparations opiacées appliquées selon les règles de la méthode endermique, dans le rhumatisme aigu (*voyez* notre revue des journaux français de ce mois). L'un des faits que nous indiquons ici semblerait donner lieu de craindre que l'application des vésicatoires sur les parties atteintes de rhumatisme, ne fût pas toujours exempte d'inconveniens :

« Un tisserand, âgé de trente-six ans, était tourmenté depuis plusieurs mois par des douleurs lombaires. Après une marche forcée, qui provoque de la sueur, bientôt suivie de refroidissement, le malade se couche, et le lendemain éprouve dans les muscles des lombes une roideur qui l'empêche de quitter le lit. Un large vésicatoire est appliqué sur le siége du mal. La vésication est produite au bout de douze heures, et le malade sent à peine l'irritation produite par l'action des cantharides; mais, en voulant se retourner dans son lit, il éprouve tout à coup une contraction tétanique des muscles lombaires qui lui fait pousser des cris aigus. Ces contractions se renouvellent spontanément toutes les cinq minutes. Le médecin (M. Nepple), craignant alors le développement d'un tétanos général, se hâte de recourir aux opiacés, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, qui ne font d'abord que suspendre les accidens. Employés de nouveau, après une forte application de sangsues, ils triomphent enfin des spasmes douloureux qui s'étaient reproduits à l'occasion d'un mouvement du malade. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Ouvrages publiés dans le mois de décembre 1831.

TRAITÉ DU CHOLÉRA-MORBUS, considéré sous les rapports physiologique, anatomo-pathologique, thérapeutique et hygiénique, contenant l'analyse critique de tout ce que les auteurs anciens et modernes ont écrit sur le choléra-morbus; par P. A. Prost, docteur médecin de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes, etc. In-8. Prix 6 fr.

A Paris chez Compère jeune, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n. 8.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE, professé à la Faculté de médecine de Paris, par F. J. V. Broussais, professeur à cette Faculté, médecin en chef à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, etc. Ce Cours parait par livraisons de trois leçons chacune. Prix du Cours complet de cinquante-cinq leçons au moins 23 fr.

FORMULAIRE PRATIQUE DES HOPITAUX CIVILS DE PARIS, ou Recueil des prescriptions médicamenteuses employées par les médecins et chirurgiens de ces établissemens; avec des notes sur les doses, le mode d'administration, les applications particulières, et des considérations générales sur chaque hôpital, sur le genre d'affections auquel il est spécialement destiné et sur la doctrine des praticiens qui le dirigent, par P. S. Ratier, D. M. P. Quatrième édition, considérablement augmentée. In-18. Prix 5 fr.

EXAMEN DU RAPPORT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE SUR LE CHOLÉRA-MORBUS, par Dubois d'Amiens, D. M. P. In-8. Prix 1 fr. 50 c.

FLORE MÉDICALE, décrite par MM. Chaumeton, Poiret, Chamberet, peinte par Mme E. P...., et par S. P. Turpin, nouvelle publication, 72e et 73e livraisons, grand in-8. fig. color. Prix de chaque livraison 2 fr. 50 c.

A Paris chez Pankoucke.

LE BAUME DE COPAHU, sans odeur ni saveur désagréables, administré sous la forme de dragées dans la blennorrhagie et la leucorrhée ou flueurs blanches, suivi de plusieurs observations, par Colombat de l'Isère, médecin, fondateur et directeur de l'Institution pour le traitement des bègues et des muets, etc. Prix 1 fr.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS REGNANT A VARSOVIE, par le docteur F. Antommarchi, médecin de l'empereur Napoléon à Sainte-Hélène, inspecteur général des hôpitaux militaire en Pologne, etc. in-8. Prix 1 fr. 50 c.

ÉLÉMENS DE PHYSIQUE GÉNÉRALE, par Jules Guyot, étudiant en médecine. In-8. Prix 3 fr. 50 c.

A Paris chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*.

Sous presse, pour paraître dans huit jours.

DU CHOLERA-MORBUS DE POLOGNE, ou Recherches anatomo-pathologiques, thérapeutiques et hygiéniques sur cette épidémie, avec planche coloriée; par F. Foy, docteur en médecine de la Faculté de Paris, l'un des médecins envoyés en Pologne, membre de la commission sanitaire du quartier du Jardin du Roi, pharmacien de l'Ecole de Paris, professeur de pharmacologie, chevalier de l'ordre du mérite militaire de Pologne, un des membres du comité central de Varsovie, membre des sociétés de pharmacie, d'agronomie pratique de Paris, etc., etc.

Volume in-8. Prix 3 fr. 50 c. : à Paris à la librairie médicale de Gabon.

Tous ces ouvrages se trouvent aussi à la LIBRAIRIE MEDICALE DE GABON, rue de l'École-de-Médecine, n. 10.

TABLES.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

ET DES AUTEURS.

A.

B.

